

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE
DER
ENTERITIS REGIONALIS CROHN

-Kasuistik im Rahmen einer Literaturübersicht -

Lorenz M. Würfl

1982



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Hanns Hippus

P S Y C H O S O M A T I S C H E A S P E K T E

D E R

E N T E R I T I S R E G I O N A L I S C R O H N

-Kasuistik im Rahmen einer Literaturübersicht -

Inaugural - Dissertation

*zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität München*

vorgelegt von

Lorenz M. W ü r f l

aus

Moosburg

Jahr

1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. S. Elhardt

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippus

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 4.11.1982



DANKSAGUNG

Für die ersten Anregungen zur vorliegenden Arbeit möchte ich mich bei Herrn Dipl. Psych. Pfitzner bedanken. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Zagermann für die Übernahme der weiteren Betreuung, die durch kritische und gleichzeitig geduldige Unterstützung gekennzeichnet war. Zahlreiche Aspekte in Gliederung und Ausführung sind ihren Anregungen zu verdanken.

Dafür, daß er mir ermöglichte diese Arbeit zu schreiben und für das Interesse, mit dem er ihr Fortschreiten verfolgte, möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. S. Elhardt, dem Vorsteher der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der psychiatrischen Klinik der Universität München, bedanken.

Herrn Professor Dr. H.H. Hippus, dem Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München, gilt Dank als dem Schirmherrn über die seelenheilkundliche Medizin an der Universität München und somit auch als Schirmherr über meine Arbeit.

Schließlich gilt mein herzlicher Dank allen Patienten, die an den Explorationen teilgenommen haben, sowie dem Chefarzt der Medizinischen Klinik Passau, Herrn Dr. med. Dietz von Stetten, der mir die Arbeit an dem von ihm geleiteten Haus ermöglicht hat.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei Frau Rittau von der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik sowie den Damen und Herren der Staatsbibliothek Passau für die freundliche Unterstützung bedanken.

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
A. Einleitung	4
B. <u>Internistische Kriterien der Enteritis regionalis</u>	6
I Definition.....	6
II Klinik.....	6
1. Symptomatologie.....	6
2. Komplikationen.....	7
3. Laborbefunde.....	7
4. Begleiterkrankungen.....	8
5. Röntgenbefunde.....	8
III Pathologie.....	9
1. Lokalisation.....	9
2. Makroskopie.....	10
3. Histologie.....	11
IV Differentialdiagnose.....	12
V Epidemiologie.....	14
1. Inzidenz.....	14
2. Geschlecht und Alter.....	15
3. Sozioökonomische Besonderheiten.....	16
4. Familiäre Inzidenz.....	18
5. Rasse und Kultur.....	20
VI Hypothesen zur Ätiologie.....	26
1. Mikroorganismen.....	26
2. Sarkoidose.....	26
3. Störung des Immunsystems.....	27
4. Die psychogene Komponente.....	29

C.	<u>Psychosomatische Aspekte der Enteritis regionalis</u>	31
I	Psychophysiologie.....	31
II	Auslösende Situationen.....	34
1.	Uncharakteristische Belastungen (Streßsituationen).....	35
2.	Erhöhte, mit Belastungen verbundene Forderungen und Verantwortung.....	36
3.	Situationen, die erhöhte Unabhängigkeit fordern.....	37
4.	Verlust nahestehender Personen.....	38
5.	Konflikte um materiellen Besitz.....	40
6.	Demütigende, das Selbstwertgefühl verletzende Situa- tionen.....	41
III	Familiäre Aspekte.....	44
1.	Persönlichkeit der Mutter.....	44
2.	Persönlichkeit des Vaters.....	47
3.	Innerfamiliäre Situation.....	48
4.	Frühkindliche Entwicklung.....	51
IV	Persönlichkeitsstruktur.....	54
1.	Emotionale Unreife.....	55
2.	Passivität, Abhängigkeit und Pseudounabhängigkeit.....	55
3.	Unfähigkeit, Gefühle und Aggressionen zu zeigen.....	58
4.	Höflichkeit, Unterwürfigkeit, "Friedensstifter".....	61
5.	Selbstunsicherheit, Schüchternheit.....	62
6.	Zwanghaftigkeit.....	63
V	Überlegungen zur Psychodynamik.....	66
1.	Das erweiterte Konversionsmodell.....	66
2.	Das Ausstoßungsschema als Haltungsspezifität.....	69
3.	Aggressionshemmung als psychodynamischer Faktor.....	70
4.	Alexanders Modell der Konfliktspezifität und spezifisch-dynamisches Grundschema der Diarrhoe.....	71
VI	Vergleich der psychosomatischen Aspekte:.....	79
	Ulcus pepticum - Enteritis regionalis -Colitis ulcerosa	

D.	<u>Therapeutische Konsequenzen</u>	82
I	Internistische Therapie.....	82
II	Chirurgische Therapie.....	84
III	Psychotherapie.....	84
E.	<u>Zusammenfassung</u>	86
	Abstract.....	91
F.	<u>Anhang: Fallbeschreibungen</u>	94
	Tabellen.....	149
G.	<u>Literaturverzeichnis</u>	155

A EINLEITUNG

Die naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin der letzten Jahrzehnte versucht, den menschlichen Organismus und damit auch das menschliche Sein als das objektive, reproduzierbare Funktionieren biochemischer Bausteine zu begreifen. Sie schwimmt damit keineswegs gegen den Strom der Zeit, ist vielmehr eingebettet in ein wissenschaftlich-technisch orientiertes Gesellschaftssystem und hat sich nur in ihm so weit entwickeln können. Objektivität und Rationalität sind oberstes Postulat, Subjektivität soll ausgeschaltet oder wenigstens in private Bereiche abgedrängt werden. Da jedes Denken, also auch der wissenschaftliche Erkenntnisprozeß unabdingbar an die menschliche Existenz und damit an die individuell erlebte Wirklichkeit gebunden ist, muß dieser Versuch jedoch früher oder später scheitern.

Innerhalb der Medizin potenziert sich das beschriebene Dilemma, weil hier der Mensch selbst zum zentralen Interesse wird und das "Problem" der Subjektivität in der Arzt-Patient-Beziehung gleich doppelt auftaucht. Wie geht die derzeitige Schulmedizin mit diesem Dilemma um? Teilweise wird es als nicht existent erklärt, indem man Subjektivität und Emotionalität verleugnet. Weitaus häufiger räumt man ihm lediglich die Rolle eines lästigen Hindernisses auf dem Weg zur Entfaltung ärztlicher Kunst ein. Schließlich gibt es in allen Fachrichtungen auch Ärzte, die sich der Aufgabe im Bewußtsein, derzeit noch über unzulängliche Lösungsmöglichkeiten zu verfügen, stellen und den Einfluß des Seelischen, d.h. des Erlebens und Verhaltens des Subjekts bei körperlichen Beschwerden und Krankheiten, in ihre Diagnostik und Therapie aufnehmen. Sie bedienen sich damit im weitesten Sinn einer psychosomatischen Betrachtungsweise.

Zur Untersuchung der psychosomatischen Aspekte der Enteritis

regionalis soll dieser Begriff jedoch noch enger gefaßt werden. Es soll untersucht werden ob, unter Zugrundelegung des Modells der multifaktoriellen Krankheitsgenese, psychischen Faktoren eine wichtige ursächliche Rolle bei der Entstehung des Morbus Crohn zukommt. Nach einer kurzen Skizzierung der internistischen Kriterien wird versucht, über den Anknüpfungspunkt der Psychophysiologie auf die psychologischen Aspekte einzugehen, wobei wir neben der verfügbaren diesbezüglichen Literatur acht eigene Fallbeschreibungen einbeziehen wollen. Die Gedanken zur Psychodynamik werden in enger Anlehnung an tiefenpsychologische Erkenntnisse und dem psychosomatischen Konzept F. Alexanders entwickelt.

B Internistische Kriterien der Enteritis regionalis

I Definition

Als CROHN, GINZBURG und OPPENHEIMER im Jahre 1932 die Krankheit erstmals ausführlich beschrieben, gaben sie ihr den Namen 'regionale Ileitis' (CROHN, 1932). 1934 beobachteten BROWN, BARGEN und WEBER (BROWN, 1934) Krankheitsverläufe, bei denen auch weiter oralwärts gelegene Ileumabschnitte sowie Jejunumteile befallen waren und gebrauchten erstmals den Terminus 'Enteritis regionalis'. Zwei Jahre später konnte CROHN neun Fälle beschreiben, bei denen neben dem Ileum auch das Kolon befallen war. In den folgenden Jahren wurde anhand eingehender Fallbeschreibungen deutlich, daß in seltenen Fällen auch andere Bereiche des Magendarmtraktes einschließlich der Mundhöhle (DUDENEY, 1937) und des Anus (MORSON, 1959) betroffen sein können. So konnte sich schließlich die Bezeichnung 'Enteritis regionalis' durchsetzen, definiert als chronische nichtspezifische segmentäre oder plurisegmentäre Darmentzündung, insbesondere des terminalen Ileum (DEMLING, 1973).

II Klinik

1. Symptomatologie:

Zu Beginn bestehen meist ein allgemeines Krankheitsgefühl und unbestimmte abdominelle Beschwerden. Auch Durchfälle und Fieber gehören oft schon zu den Initialsymptomen.

Dieser ersten Phase schließt sich eine zweite an, in der schließlich die charakteristischen Symptome manifest werden: Die Durchfälle sind oft nur mäßig ausgeprägt. Es werden täglich etwa drei bis sechs meist breiige Stühle abgesetzt, die in der Regel weder Schleim noch Eiter enthalten und auch nicht blutig sind. Die anfänglichen diffusen abdominellen Beschwerden lokalisieren sich jetzt oft in den rechten Unterbauch. Der Schmerz vermindert sich nach Defäkation, er kann aber bei

peritonealer Reizung auch einen konstanten nagenden Charakter haben oder später bei Dünndarmverengungen kolikartig intermittierend sein. In der rechten Fossa iliaca kann man die erkrankte Darmschlinge in der Regel als druckempfindliche bewegliche Walze variabler Größe tasten.

2. Komplikationen

Die für die Enteritis regionalis typischen Komplikationen sind gewöhnlich den beiden ersten Phasen in einer dritten nachgeordnet (GÜLZOW, 1974). Als typisch gelten perianale und perirektale Fistelbildungen. Auch innere Fisteln zwischen verschiedenen Darmschlingen und zwischen Darm und Blase sowie innerem Genitale gehören zu den häufigeren Komplikationen. Ileokutane Fisteln, die meist in Appendektomie- oder Laparotomienarben auftreten, sind dagegen selten geworden.

Die intestinale Obstruktion ist vor allem bei Patienten mit Dünndarmbefall gefürchtet. FARMER (FARMER, 1975) registrierte anhand einer statistischen Studie von 615 Crohn-Patienten in 41 Prozent der Fälle mit Beteiligung von Ileum und Colon Obstruktionerscheinungen.

Darmblutungen treten vor allem bei Colonbeteiligung auf (nach FARMER in 46 Prozent der Fälle). Eine freie Perforation findet sich selten, häufiger sind dagegen gedeckte Perforationen mit Neigung zu wandnahen Abszessen (HORNBOSTEL, 1973). Infolge von Resorptionsstörungen, exsudativer Enteropathie und Unterernährung können sich Mangelsymptome wie Hypoproteinämie, Hypocalzämie, Vitamin-B-12- und Folsäuremangel einstellen.

3. Laborbefunde

Die Blutsenkungsgeschwindigkeit ist gewöhnlich beschleunigt. Infolge chronischer Entzündung und chronischen intestinalen Eisenverlustes findet sich bei etwa 90 Prozent der Patienten

eine hypochrome Anämie (DEMLING, 1973). Entsprechend dem Entzündungsgrad besteht eine Leukozytose mit Linksverschiebung, eine geringgradige Eosinophilie und eine Hypergammaglobulinämie.

4. Begleiterkrankungen

Auffallend oft sind mit der Enteritis regionalis sogenannte - mit Autoimmunerkrankungen in Zusammenhang gebrachte - Systemmanifestationen vergesellschaftet. In 22 % der Fälle und damit am häufigsten findet sich nach HAMMER (HAMMER, 1968) eine subakute asymmetrische Polyarthrititis mit dem M. Crohn assoziiert, die sich vor oder lange nach der eigentlichen Darmerkrankung manifestieren kann (ANSELL, 1964), keine positiven Rheumateste aufweist und sich in der Regel wieder vollständig zurückbildet. Oft kann gleichzeitig das Auftreten eines Erythema nodosum beobachtet werden. Spondylarthrititis ancylopoetica, Pyoderma gangränosum, Psoriasis und Augenkomplikationen wie Uveitis, Episkleritis und Konjunktivitis sind weitere, wenn auch seltener auftretende Begleiterkrankungen. Eine gleichzeitige Affektion des hepatobiliären Systems wie Pericholangitis, fettige Metamorphose und biliäre Zirrhose werden ebenfalls beschrieben (KAPLAN, 1969).

5. Röntgenbefunde

Der Barium-Kontrasteinlauf ist nach wie vor von grundlegender Bedeutung für die Diagnose der Enteritis regionalis. Typisch ist die scharfe Begrenzung der erkrankten Segmente mit dazwischenliegenden gesunden Bezirken. In der nicht-stenotischen Frühphase erscheinen die Schleimhautfalten des Dünndarms verbreitert, starr und unregelmäßig, die Kontur des Darmlumens wirkt irregulär. Später zeigt die Mucosa aufgrund submucöser Schwellung, Ulzerationen und tiefer Fissuren ein kopfsteinpflasterartiges Bild (MARSHAK, 1972). Durch

Sklerosierung wird der intestinale Durchmesser schließlich eingeeengt und rigide. Es entwickelt sich die stenotische Spätphase, in der man ein bindfadenartig verengtes, gestrecktes Darmlumen ("string-sign") vorfindet. Proximal der Stenose ist der Darm meist dilatiert. Vorhandene Fisteln lassen sich röntgenologisch ebenfalls nachweisen.

Zur Frage nach der Häufigkeit dieser Veränderungen sei auf eine Studie GOLDBERGS (GOLDBERG, 1979) aus dem Jahre 1979 hingewiesen. Er untersuchte die Röntgenbefunde von 417 Crohn-Patienten. Am Dünndarm fand er am häufigsten noduläre Konturdefekte, Bezirke diffuser Verengung, Sinusoide, Spaltbildungen und lineare Ulzerationen, Trennung benachbarter Darmschlingen durch dazwischenliegendes, entzündlich verdicktes Gewebe und asymmetrische Darmwandbeteiligung. Etwa in der Hälfte der Fälle war ein sogenanntes Kopfsteinpflasterrelief, bestehend aus linearen Ulzerationen und Fissuren mit dazwischenliegender ödematös geschwollener Schleimhaut zu sehen. Nur in 13 Prozent der Fälle war eine Obstruktion nachweisbar. Auch Fistelbildungen waren relativ selten. Sie ließen sich in sieben Prozent an der Ileocoecalklappe, in gleichfalls sieben Prozent zwischen Ileum und Coecum und in 12 Prozent der Fälle zwischen anderen Segmenten feststellen.

Die häufigsten Befunde am Colon waren noduläre Konturdefekte, Asymmetrie, flache Ulzerationen und Verlust der Haustrierung. Lediglich in einem Drittel der Fälle war ein Kopfsteinpflasterrelief nachweisbar.

III Pathologie

1. Lokalisation

Während in der vorliegenden Literatur im allgemeinen der Befall des terminalen Ileum mit ca. 90 Prozent als am häufigsten angegeben wird, beobachteten einige Autoren (VANDENBROUCKE, 1973) in den letzten Jahren immer häufiger einen Befall des gesamten In-

testinaltraktes, insbesondere einen gleichzeitigen Befall von Ileum und Colon.

2. Makroskopie

Unabhängig von der Lokalisation können nach MORSON und DAWSON (MORSON, 1972) drei verschiedene makroskopische Erscheinungsbilder mit zum Teil fließendem Übergang ineinander auftreten:

- a.) Aphthöse Ulcera: kleine, zum Teil nur stecknadelkopfgroße, flache, rattenbißartige Mucosadefekte, die sich oft über einem hyperplastischen Lymphfollikel entwickeln und die früheste makroskopisch erkennbare Veränderung darstellen.

- b.) wasserschlauchartige Strikturen: ('hose-pipe-stricture'): Diese Stenosen können vereinzelt oder multipel vorkommen und sind im Durchschnitt etwa 20 cm lang. Die Darmwand ist in diesen Bezirken erheblich verdickt, induriert und von Narbensträngen wechselnder Breite durchzogen. Während die Mucosa teilweise ödematös geschwollen und durch mehr oder minder tiefgreifende Fissuren und Ulcera zerstört ist, ist die Submucosa stark fibrös verbreitert und die Muscularis propria hypertrophiert. Auch Submucosa und mesenteriales Fettgewebe werden von der chronisch sklerosierenden Entzündung erfaßt, so daß es häufig zur Ausbildung eines Konglomerattumors aus miteinander verbackenen Darmschlingen kommt, die durch ein Fistelsystem miteinander verbunden sein können.

- c.) Kopfsteinpflasterrelief der Schleimhaut: Durch die netzförmigen linearen Ulcerationen mit dazwischen liegenden ödematös geschwollenen Schleimhautbezirken kommt es zum sogenannten Kopfsteinpflasterbild ('cobble-stone').

- d.) Miliare Crohnsche Erkrankung: Sie steht den drei bisher genannten klassischen Bildern als seltene vierte makro-

oskopische Erscheinungsform gegenüber (OTTO, 1975). Man findet auf der Serosa zahlreiche, zum Teil gruppierte weißliche Knötchen, die histologisch nicht-verkäsenden tuberkuloiden Granulomen und Lymphfollikeln entsprechen. Die regionären Lymphknoten sind in der Regel stark vergrößert und teilweise miteinander verbacken.

3. Histologie

Wenngleich die in 50 - 70 Prozent der Fälle nachweisbaren tuberkuloiden Granulome (MORSON, 1972) als häufiges und typisches Merkmal gelten, reicht ihr alleiniger Nachweis zur Diagnosesicherung nicht aus. Die histologische Diagnose setzt sich vielmehr aus folgenden Elementen zusammen: Transmurale Entzündung und Fibrose, Hyperplasie des lymphatischen Gewebes, Granulome, Fissuren und Abszesse sowie fehlender Becherzellenverlust in der Colonschleimhaut (FAHRLÄNDER, 1979). Nach FAHRLÄNDER kann man histomorphogenetisch zwei Krankheitsstadien unterscheiden, die allerdings in Resektionspräparaten nebeneinander auftreten können:

- a.) Stadium der ödematösen Schwellung: Die gesamte Darmwand ist infolge einer ödematösen Durchtränkung vor allem von Mucosa und Submucosa verdickt. Gleichzeitig besteht eine Lymphektasie vor allem der Submucosa und Subserosa, die nach Meinung einiger Autoren (MORSON, 1972) als Ursache des Ödems anzusehen ist. Die Zotten der Dünndarmschleimhaut sind verplumpt, die Lamina propria ist von Lymphozyten, Histiozyten, Plasmazellen und eosinophilen Leukozyten infiltriert. Die Persistenz der Becherzellen in der Colonschleimhaut ist von differentialdiagnostischer Wichtigkeit gegenüber der Colitis ulcerosa. Besonders charakteristisch sind zahlreiche verstreut liegende Lymphfollikel sowohl in der Mucosa, aber auch der Submucosa, der Muscularis propria und der Subserosa. Bereits in diesem Stadium

kann es zur Ausbildung teils aphthöser, teils fissuraler Ulcera kommen.

b.) Stadium der Fibrose: Hier unterscheidet FAHRLÄNDER (FAHRLÄNDER, 1979) eine Phase der aktiven Entzündung von einer inaktiven Narbenphase. Die Phase der aktiven Entzündung ist vom Stadium der ödematösen Schwellung dadurch zu trennen, daß das Ödem jetzt durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt ist. Dadurch kommt es zu einer kompensatorischen Hypertrophie von Muscularis mucosae und Muscularis propria. Lymphfollikel sind in allen Darmwandabschnitten noch häufiger anzutreffen, die diffuse lympho-histio-plasmocytäre Infiltration ist ausgeprägter und auch Ulcerationen sind ausgedehnter und häufiger als im ödematösen Frühstadium. Es kommt zum typischen Kopfsteinpflasterrelief, und die Fissuren werden zum Ausgangspunkt für zum Teil ausgedehnte Fistelbildungen. Die typischen tuberkuloiden, nicht-verkäsenden Granulome, die in allen Schichten der Darmwand und in den betroffenen Lymphknoten zu finden sind, besitzen einen kokardenförmigen Aufbau aus Epitheloidzellen, Riesenzellen vom Langhans- oder Fremdkörpertyp und außen einen Lymphozytensaum. Viel wichtiger noch als diese Granulome ist nach Ansicht FAHRLÄNDERS der Nachweis kleiner Histiocytenaggregate oder epitheloidzelliger Granulome. Sie sollen auch im Frühstadium in bis zu 80 % der Fälle vorkommen (OEHLERT, 1978). Die sehr seltene inaktive Narbenphase kann als Ausheilungsstadium der Enteritis regionalis gelten und ist durch das Fehlen aktiver Entzündungszeichen charakterisiert.

IV Differentialdiagnose

Bei der primären oder sekundären Ileocoecaltuberkulose erscheinen bei der Röntgenuntersuchung die Läsionen kürzer, typische Fissuren und Kopfsteinpflasterrelief fehlen. Darüberhinaus sind beim M. Crohn der Tuberkulintest und Stuhlkulturen regelmäßig negativ, eine Lungentuberkulose läßt sich nicht nachweisen

und die tuberkulostatische Behandlung ist erfolglos.
Bei ernststen Zweifeln kann eine Probelaparotomie mit Biopsie zur Klärung führen.

Strikturen von Dünndarm oder Colon bei älteren Patienten können auch Folge eines ischämischen Geschehens sein und den Veränderungen bei der Enteritis regionalis ähneln. Mikroskopisch sind die für eine ischämische Fibrose typischen Veränderungen jedoch eindeutig abgrenzbar (MORSON, 1972).

Kurz erwähnt seien auch die akute Enteritis regionalis, die in den meisten Fällen durch Pasteurellen hervorgerufen wird und ein gutes Ansprechen auf antibiotische Therapie zeigt. Die seltene Lipomatose der Ileocoecalclappe mit diffuser Vermehrung des submucösen Fettgewebes kann röntgenologisch und vor allem endoskopisch-biopsisch von der Enteritis regionalis abgegrenzt werden. Ebenfalls sehr selten sind Duplikaturen und enterogene Zysten des Dünndarms sowie Amyloidosen im Ileocoecalbereich.

Differentialdiagnostisch am wichtigsten ist zweifellos die Colitis ulcerosa, vor allem, wenn der M. Crohn als Colitis bzw. Ileocolitis vorliegt. Neben Röntgenologie und Rektoskopie können auch klinische Unterschiede zur Orientierung beitragen (siehe Tabelle Nr. 1, nach FAHRLÄNDER, 1979). Der für die Colitis ulcerosa typische Stuhl drang mit Abgang von blutigem, eitrigem Schleim, teilweise auch purem Blut wird bei der Enteritis regionalis seltener gesehen. Zudem finden sich bei der Colitis ulcerosa Fisteln nur im Anorectalbereich.

V Epidemiologie

1. Inzidenz

Eine ganze Reihe von Autoren haben in den letzten dreißig Jahren vorwiegend in den Industrienationen der nördlichen epidemiologische Studien zur Enteritis regionalis veröffentlicht (siehe Tabelle Nr. 2). Von wenigen Ausnahmen abgesehen weisen alle Berichte, vor allem auch diejenigen mit großen Fallzahlen, auf ein beträchtliches Ansteigen der Inzidenz in den letzten zwanzig Jahren hin. Die Zahlen bewegen sich zwischen 0,5 (KYLE, 1971) und 6,0 bzw. 6,8 (BRAHME, 1975; BERGMANN, 1976; KRAUSE, 1971) Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner pro Jahr.

Im Vergleich zu den Untersuchungen in den nördlichen Industrienationen liegen aus Ländern anderer Erdteile wie Bolivien (RIOS-DALENZ, 1975), Neuseeland (COUCHMAN, 1971), Südafrika (NOVIS, 1975) und Libanon (SALEM, 1973) nur sporadisch Zahlen vor, die zwar auf eine geringere Inzidenz hinweisen, gleichzeitig aber eine zum Teil erhebliche Steigerung der Erkrankungshäufigkeit in den letzten zehn Jahren konstatieren. Auch in den Kliniken Italiens und Spaniens, Ländern in denen die Enteritis regionalis in den fünfziger und beginnenden sechziger Jahren noch nahezu unbekannt war, tauchen in der letzten Zeit immer mehr Crohn-Patienten auf (FRANCHINI, 1971; FIOL, 1977).

Obwohl auch die höchste bisher genannte Inzidenz (6,8) die Enteritis regionalis immer noch als eine seltene Erkrankung ausweist, wurden mögliche Ursachen der genannten hohen Steigerungsraten lebhaft diskutiert. Einige Autoren (KYLE, 1971; MILLER, 1971) vermuteten zunächst, aufgrund der früheren diagnostischen Schwierigkeiten habe man Crohn-Fälle als Colitis ulcerosa fehlinterpretiert. Eine nochmalige Durchsicht der histologischen Präparate unter Berücksichtigung neuerer diagnostischer Kriterien konnte diesen Verdacht jedoch nicht bestätigen. Außerdem hätte es nach dieser Hypothese zu einer

Verringerung oder zumindest einem Sistieren der Colitis ulcerosa-Häufigkeit in dieser Zeit kommen müssen, während in Wirklichkeit genau das Gegenteil nämlich ein Inzidenzanstieg auch für Colitis ulcerosa eintrat (KRAUSE, 1971). Schließlich ergibt sich auch dann noch eine Inzidenzsteigerung des M. Crohn, wenn man alle Fälle mit alleinigem Colonebefall ausschließt.

Die Hypothese, man habe frühere Crohnfälle unter Umständen nicht erfaßt, da diese Patienten nicht in die Kliniken gekommen seien, ist deshalb unwahrscheinlich, da die Schwere des Krankheitsbildes bei nahezu jedem Patienten einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht und damit die statistische Erfassung im nachhinein möglich wird (GJONE, 1966; KRAUSE, 1971).

Nachdem also methodische Fehler weitgehend ausgeschlossen werden können muß - insbesondere auch aufgrund der prospektiven Studie BRAHMES in Malmö - von einem echten Anstieg der Inzidenz zumindest in den industrialisierten Ländern ausgegangen werden. KRAUSE (KRAUSE, 1971) diskutiert als eine mögliche Ursache das hochentwickelte System der Nahrungsmittelproduktion und -verteilung in den Industrieländern. Die vermehrt synthetisch hergestellten Nahrungsmittel enthielten im Gegensatz zur natürlichen Nahrung unterschiedliche chemische Substanzen, die im Darm aufgrund ihrer fehlenden Resorbierbarkeit eine allergische Reaktion auslösen könnten. Bei KYLE (KYLE, 1971) findet sich die Spekulation, das häufigere Auftreten der Erkrankung in den letzten Jahren könnte auf der "modernen Lebensweise" beruhen, dieses Schlagwort wird jedoch nicht näher analysiert.

2. Geschlecht und Alter

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung sind die vorliegenden Studien widersprüchlich. Während FAHRLÄNDER (FAHRLÄNDER, 1979) in Basel ein Überwiegen männlicher Patienten feststellt,

weisen die Berichte aus Norwegen (MYREN, 1971; GJONE, 1966) sowie die prospektive Studie BRAHMES in Malmö ein ausgeglichenes Verhältnis auf. Dagegen ist in knapp der Hälfte der vorliegenden Arbeiten mit zum Teil hohen Fallzahlen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts festzustellen. Unter den elf von uns untersuchten Crohnpatienten waren lediglich vier Frauen. Insgesamt kann man davon ausgehen, daß beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen sind. Eine deutlich höhere Inzidenz bei Frauen, wie sie zum Beispiel bei den "rheumatischen Erkrankungen" nachweisbar ist, kann für die Enteritis regionalis ausgeschlossen werden.

Viel eindeutiger stellt sich hingegen in allen Studien die Altersverteilung bei der Erstmanifestation des Krankheitsbildes dar (siehe Tabelle Nr. 3). Die meisten Patienten erkranken in der dritten Lebensdekade. So kam es bei zehn der von uns beschriebenen elf Patienten zum ersten Symptomausbruch zwischen dem 20igsten und 30igsten Lebensjahr. Lediglich einer erkrankte bereits früher und zwar im Alter von sechzehn Jahren. Es muß allerdings betont werden, daß die Erstmanifestationen in allen Altersstufen auftreten können und sogar bei Kleinkindern und Neugeborenen beschrieben wurden (SHERMANN, 1972; MILLER, 1971; MOSELEY, 1960; BORER, 1961; KRENMAYR, 1965; WOLF, 1959). Auffallend ist bei manchen Autoren ein weiterer allerdings weniger prominenter Gipfel bei den über Fünfzigjährigen (MYREN, 1971; SMITH, 1975; HUMPHREYS, 1975), wobei es sich in der Mehrzahl um Frauen mit vorwiegendem Befall des Colons handelt. Interpretationen sowohl für dieses Phänomen als auch den relativ frühen Beginn der Erkrankung finden sich in der einschlägigen Literatur nicht.

3. Sozioökonomische Besonderheiten

Gleichzeitig mit der steigenden Inzidenz fiel einigen Autoren eine höhere Erkrankungshäufigkeit bei Stadtbewohnern auf (KYLE, 1971; HUMPHREYS, 1975; COUCHMAN, 1971; GILAT, 1979). Da in der Stadt sowohl der Verbrauch sogenannter synthetisch

hergestellter Lebensmittel als auch die sogenannte "moderne Lebensweise" ausgeprägter sind als auf dem Land, bedeutete dies gleichzeitig eine Stützung der oben geäußerten Hypothesen zur anwachsenden Erkrankungshäufigkeit. Demgegenüber meinte KYLE (KYLE, 1971), der eine Statistik aus Aberdeen vorlegte, das erhöhte Risiko als Stadtbewohner zu erkranken könne nicht mit den Begleitumständen der Industrialisierung, wie zum Beispiel der Luftverschmutzung zusammenhängen. Aberdeen habe lediglich eine bescheidene Leichtindustrie und deshalb eine ziemlich saubere Luft. Hier ist natürlich einzuwenden, daß die soziologischen Unterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung nicht nur als direkte Folgen der Industrialisierung gesehen werden können und sich die Folgen der Industrialisierung wiederum nicht nur in der Luftverschmutzung bemerkbar machen. Als weiterer Hinweis für eine zusätzliche Gefährdung der Stadtbevölkerung kann die hohe Inzidenz gerade bei den Studien gelten, die sich auf eine rein urbane Population beziehen (BRAHMES, 1975). Relativierend muß jedoch eingeräumt werden, daß durch den Zuzug gerade junger Leute vom Land in die Stadt die Statistik hier eine Betonung erfährt, zumal gerade junge Leute häufiger an M. Crohn erkranken. Mehrere Studien schließlich konnten keinen Inzidenzunterschied zwischen Stadt und Land feststellen (GJONE, 1966; MYREN, 1971; KRAUSE, 1975).

Die Frage nach dem Bildungsgrad und dem Beruf der betroffenen Patienten ist leider nur in wenigen statistischen Untersuchungen berücksichtigt worden (MONK, 1969; ROGERS, 1971; KEIGHLEY, 1976). ROGERS (ROGERS, 1971) stellt in seiner Arbeit über entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn und Colitis ulcerosa) fest, daß der Bildungsstand der von ihm untersuchten Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bedeutend höher war und zum Beispiel 59,1 % vier oder mehr Jahre Collegebesuch aufzuweisen hatten, während der Prozentsatz in der übrigen Bevölkerung bei lediglich 7,7 % lag. In der Studie M. MONKS (MONKS, 1969) liegen zu dieser Fragestellung getrennte Untersuchungen

sowohl der Colitis- als auch der Crohnpatienten vor, wobei nur die Crohnpatienten im Vergleich zur Kontrollpopulation eine längere Schulbildung hatten. Parallel zu diesen Beobachtungen waren die von KEIGHLEY (KEIGHLEY, 1976) untersuchten Patienten signifikant häufiger in leitenden Berufen oder als Facharbeiter tätig. Entsprechendes scheint auch für farbige Patienten zu gelten (SAMUELS, 1974) obwohl diese Bevölkerungsgruppe in den USA nur unterdurchschnittlich ausgebildet ist.

An Enteritis regionalis Erkrankte scheinen also einen überdurchschnittlichen Bildungs- und Ausbildungsstand zu besitzen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, daß die hohe Inzidenz der insgesamt überdurchschnittlich gebildeten Juden sowie die überdurchschnittliche Repräsentanz von gleichfalls besser ausgebildeten Stadtbewohnern die Statistik falsch-positiv beeinflussen könnte. Der Einwand, besser gebildete Personen würden eher einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen und deshalb überdurchschnittlich häufig in der Statistik erscheinen, ist nicht stichhaltig, da die Enteritis regionalis wegen der Schwere der Symptome wohl bei fast allen Betroffenen früher oder später einen Krankenhausaufenthalt notwendig macht.

4. Familiäre Inzidenz

Es ist bezeichnend, daß der Patient bei dem B.B.CROHN im Jahre 1934 seine ersten Beobachtungen der Enteritis regionalis machte, eine Schwester hatte, die vom gleichen Krankheitsbild betroffen war und der Erstbeschreiber deshalb den Namen "familiäre Ileitis" vorschlug (CROHN, 1934). Im Jahre 1949 berichtete der gleiche Autor bei einer Fallzahl von 298 Patienten über eine Mehrfacherkrankung in fünf Familien, aber auch andere Untersucher hatten bereits in den dreißiger und vierziger Jahren eine auffällige familiäre Koinzidenz bemerkt, die bei der äußerst seltenen Erkrankung nicht zufallsbedingt sein konnte (LEWISOHN, 1938; ARMITAGE G., 1950). Dabei war die Enteritis regionalis sowohl unter Geschwistern als auch

bei Vater bzw. Mutter und einem Kind sowie zwischen Verwandten zweiten Grades beschrieben worden. Überblickt man die vorliegende Literatur, so scheint eine Koinzidenz am häufigsten zwischen Mutter und Kind aufzutreten. Schließlich liegen auch acht Berichte über das Auftreten bei monozygoten Zwillingen vor (NIEDERLE, B., 1960; BERG, NO.). Eine große Serie von 800 Fällen zeigte im Jahre 1958 eine familiäre Inzidenz von 5 % (CROHN; YARNIS, 1958). Entsprechend fand LENNARD-JONES bei 145 Patienten ein familiäres Vorkommen in 6 % der Fälle (LENNARD-JONES, 1968) (siehe auch Tabelle Nr. 4). Berechnungen SHERLOCKS zufolge der 1966 von einer Prävalenz von 20:100 000 ausgegangen war, liegt die zufällige Wahrscheinlichkeit einer Koinzidenz der Krankheit bei monozygoten Zwillingen bei 1:6 Billionen, während tatsächlich, wie oben erwähnt, bereits 8 Fallbeschreibungen vorliegen.

Wenn also bei dem gehäuften familiären Auftreten nicht von einem Zufallsbefund gesprochen werden kann, welche Ursachen sind dann zu diskutieren? Es ist in Bezug zur Ätiologie immer wieder die Frage einer infektiösen Genese aufgeworfen worden, wobei ein familiäres Auftreten diese Hypothese auf den ersten Blick zu stützen scheint. Dagegen ist aber einzuwenden, daß eine Erkrankung beider Elternteile extrem selten ist (WHORWELL, 1978). Außerdem liegen die Erstmanifestationen oft über zehn Jahre auseinander, so daß theoretisch nur ein infektiöses Agens mit sehr langer Latenzzeit in Frage käme.

Während also ein infektiöses Geschehen als Ursache zumindest der familiären Häufung zunehmend in den Hintergrund tritt, wird die Frage einer möglichen genetisch fixierten Disposition aktuell. Sie würde natürlich nicht den einfachen Mendelschen Gesetzen zuzuordnen sein. Liegt ein Erbmodus vor, so ist der Einfluß mit großer Wahrscheinlichkeit auf mehrere Gene geringer Penetranz zurückzuführen. In diesem Zusammenhang weist McCONNEL (McCONNELL, 1971) darauf hin, daß Crohnpatienten und

deren Verwandte überproportional häufig auch an Spondylitis ancylosans (M. Bechterew) erkranken und in Familien von Crohn-Patienten auch überproportional häufig die Colitis ulcerosa verbreitet ist, während umgekehrt in der Verwandtschaft von Colitis-Patienten auch bei Untersuchungen mit großen Fallzahlen keine Erkrankung an M.Crohn zu verzeichnen war. Er leitet darauf die Theorie der überlappenden Genotypen ab (siehe Schema Nr. 1 auf Seite ...). Dabei soll eine hohe Konzentration bestimmter Gene den Ausbruch einer Enteritis regionalis begünstigen, wohingegen eine niedrige Genkonzentration zur Colitis ulcerosa disponieren soll. Bei Verwandten von Crohn-Patienten würde dann die in der Regel kleinere Anzahl relevanter Gene zu einer Colitis ulcerosa führen, während die Vererbung bei Colitis-Patienten zu einer weiteren "Genverdünnung" führen und damit das Auftreten eines M. Crohn höchst unwahrscheinlich würde. Daß beide Erkrankungen überproportional häufig zu einem Zusammentreffen mit der Spondylitis ancylosans prädisponieren kann als zusätzlicher Hinweis für eine gemeinsame genetische Basis gelten. Von Allelen an verschiedenen Genorten würde dann ein Genotypus bestimmt, der die Empfänglichkeit oder auch die Widerstandskraft eines Organismus gewissen auslösenden Umweltfaktoren gegenüber determiniert.

5. Rasse und Kultur

Da schon 1932 bei der Erstbeschreibung der Enteritis regionalis durch CROHN alle 14 untersuchten Patienten jüdischer Herkunft waren, wurde auf mögliche rassische Besonderheiten in den folgenden epidemiologischen Untersuchungen geachtet. Zunächst bestätigte RAPPAPORT (RAPPAPORT, 1951) in einer retrospektiven, leider nicht repräsentativen Arbeit, in der einhundert histologische Präparate des Armed Force Institute of Pathology mit typischen Veränderungen im Sinne einer Enteritis regionalis nochmals statistisch ausgewertet wurden, den ungewöhnlich hohen Prozentsatz von Juden unter den Erkrankten. Während im

Untersuchungszeitraum lediglich 4,5 % der amerikanischen Soldaten Juden waren, lag deren Anteil in der Studie bei 21 %. Ein ähnliches Ergebnis konnte auch ACHESON (ACHESON, 1960) vorweisen, der die Diagnosen, die zur Entlassung von US-Veteranen aus dem Kriegsdienst geführt hatten, durcharbeitete und feststellte, daß viermal soviel Juden unter den an Enteritis regionalis leidenden Veteranen waren als bei den wegen einer anderen Krankheit Entlassenen. Er unterstrich damit ein sechs Jahre zuvor veröffentlichtes Ergebnis VAN PATTERS (VAN PATTER, 1954) der einen jüdischen Anteil von 25,5 % bei insgesamt sechshundert Fällen errechnet hatte. Dagegen fand FAHRLÄNDER (FAHRLÄNDER, 1971) bei einer Studie im Raum Basel anhand 110 Fällen keinen - im Vergleich zur übrigen Verteilung in der Bevölkerung - signifikant hohen jüdischen Anteil. Einschränkend muß hierzu gesagt werden, daß der jüdische Bevölkerungsanteil in dieser Gegend sehr gering ist (siehe Tabelle Nr. 5). Außerdem wurde in einer anschließenden öffentlichen Diskussion (Paneldiskussion, HAFTER, 1971) von einem Teilnehmer über 22 Crohn-Patienten der gleichen Region berichtet, von denen fünf jüdischer Abstammung waren. Entsprechende Ergebnisse liegen auch von MONK (MONK, 1967), ROGERS (ROGERS, 1971), NOVIS (NOVIS, 1975) und - wohl am eindeutigsten - von BRAHME (BRAHME, 1975) vor, der in einer prospektiven epidemiologischen Studie zwischen 1958 und 1973 insgesamt 191 Fälle beurteilte. Die Inzidenz für M. Crohn liegt demnach bei der jüdischen Bevölkerung Malmö um ein Fünffaches höher als bei den übrigen Einwohnern.

Es kann also davon ausgegangen werden, daß die Wahrscheinlichkeit an Enteritis regionalis zu erkranken für Juden deutlich höher ist als für die übrigen Rassen, mit denen sie zusammenleben. Wie die oben erwähnten Studien zeigen gilt dies unabhängig von der geographischen Situation. Zur Frage einer spezifischen ethnischen Prädisposition innerhalb der jüdischen "Rasse" liegt bisher nur eine gezielte Unter-

suchung (BOZEN, 1979) vor. Die Angabe BRAHMES, daß es sich bei den in Malmö lebenden Juden vorwiegend um Ashkenasim (also Juden westlicher Herkunft) handele, weist zwar auf eine mögliche ethnische Komponente hin; andererseits stellt das Judentum aufgrund zahlreicher Konversionen anthropologisch gesehen ein Rassengemisch dar. Die Juden sind also keine biologische sondern eine durch Geschichte, gemeinsames Schicksal, Religion und Volkszugehörigkeit geformte Einheit, so daß von einer semitischen Rasse im eigentlichen Sinn nicht gesprochen werden kann (Meyers Konversationslexikon). So haben sich unter den europäischen Juden zwar zwei Grundtypen, nämlich die Ashkenasim und die Sephardim (im weitesten Sinn alle Juden orientalischer Herkunft) herausgebildet, eine ethnologische Begründung für die hohe Inzidenz der Enteritis regionalis unter Juden und damit gleichzeitig eine genetische Tendenz kann aufgrund obiger Aussagen nicht gegeben werden. Indirekt bestätigt wird dies auch durch die verschiedentlich beobachtete hohe Inzidenz gerade unter amerikanischen Juden, die sich in ihrer geographischen und damit auch ethnologischen Herkunft untereinander stark unterscheiden.

Bis vor kurzem lag zur weiteren epidemiologischen Klärung eine Studie über Colitis ulcerosa (BIRNBAUM, 1960) vor, in der eine höhere Inzidenz bei Juden aus Europa, Amerika und Ozeanien (in groben Zügen vergleichbar den Ashkenasim) gegenüber denjenigen östlicher Provenienz (Asien, Afrika) festgestellt wurde. Da sich beide Gruppen vorwiegend in der Lebensweise - deren Kriterien leider nicht näher beschrieben wurden - unterscheiden und bei den Juden "östlicher Herkunft" bestimmte durch einen engen "fäkalen Kontakt" bedingte Infektionskrankheiten häufiger sind, stellt der Autor die Möglichkeit der Infektion in der Ätiologie-Diskussion in den Hintergrund und gibt einer möglichen Psychogenese den Vorrang.

Im Jahre 1979 wurde eine epidemiologische Untersuchung über

Enteritis regionalis in Tel-Aviv-Yafo veröffentlicht (ROZEN, 1979), in der auf eine höhere Inzidenz bei Ashkenasim-Juden im Vergleich zur übrigen jüdischen Bevölkerung aufmerksam gemacht wurde. Es fiel allerdings auf, daß im Vergleich zu den USA und Europa der M. Crohn in der Bevölkerung von Tel-Aviv seltener ist. Gleichzeitig wurde wie schon bei GILAT (GILAT, 1979) auf die unterschiedliche Erkrankungshäufigkeit von Ashkenasim-Juden in den verschiedenen Teilen der Welt hingewiesen und als mögliche Ursache wieder ein äußerer Einfluß ("environmental factor") ins Spiel gebracht.

Während also geographische und ethnische Kriterien zu divergent sind, um das Phänomen der hohen Inzidenz hinreichend zu erklären, treten die gemeinsame Religion und vor allem die sich daraus entwickelten kulturellen Besonderheiten als einziges wirklich gemeinsames Merkmal in den Vordergrund. PAULLEY (PAULLEY, 1950) meint - allerdings im Zusammenhang mit der hohen Inzidenz der Colitis ulcerosa bei Juden in London - verantwortlich sei weniger die Rasse als vielmehr der kulturelle Einfluß und die festgeknüpfte matriarchalische Familienstruktur der Juden, die das Erreichen emotionaler Unabhängigkeit behindere. Er zeigte gleichzeitig, daß in Suffolk, einem Landstrich, in dem nur wenige Juden wohnen, die Mitglieder anderer strenger Sekten noch häufiger an Colitis ulcerosa erkrankten und die Juden dort von der Spitze der Inzidenzliste verdrängten. Diese Sekten hatten nach Aussagen PAULLEYS (PAULLEY, 1975) eine ähnlich strenge Familienbindung, allerdings seien patriarchalische Strukturen vorherrschend. Der Autor meint, wie bei der Colitis ulcerosa und der multiplen Sklerose komme auch die Enteritis regionalis häufiger in Familien, Subkulturen oder Kulturen vor, bei denen eine ungewöhnlich lange emotionale Abhängigkeit der Kinder bis ins Erwachsenenalter hinein vorherrsche. Außerdem hätten diese Kinder nicht gelernt, Emotionen und hier vor allem Aggressionen Ausdruck zu verleihen, da ihre Eltern entweder selbst nicht in der Lage dazu wären oder ein entsprechendes Verhalten tabuisiert hätten.

MONK (MONK, 1967) nahm bei den von ihr beschriebenen Crohn-Patienten jüdischer Herkunft eine Unterteilung hinsichtlich der religiösen Strenge in Orthodoxe, Konservative und Reformisten vor, konnte jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Inzidenz nachweisen.

Ein entgegengesetzter Trend wird demgegenüber bei der schwarzen Rasse erkennbar, deren Inzidenz im Vergleich zur übrigen weißen Bevölkerung deutlich geringer zu sein scheint (RAPPAPOORT; MONK; VANPATTER; ACHESON; SAMUELS; RATZLAFF; GIRAUD; MOSLEY; siehe Tabelle Nr. 6). Über mögliche Hintergründe dieses Phänomens sind keine Literaturhinweise zu finden. Geographische Besonderheiten als Hinweis auf mögliche Ursachen der niedrigen Inzidenz lassen sich im vorliegenden Material nicht erkennen. Sowohl bei Farbigen aus den Vereinigten Staaten als auch bei den Bantus des Transvaal in der Republik Südafrika ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit deutlich geringer (BREMNER, 1970; NOVIS, 1975; DAVIS, 1974). Einerseits könnten natürlich genetische Einflüsse eine Rolle spielen, andererseits fällt auf, daß farbige Crohn-Patienten im Vergleich zur übrigen schwarzen Bevölkerung einen höheren Bildungsstand zu besitzen scheinen. Da die farbige Bevölkerung in den USA insgesamt einen unterdurchschnittlichen Bildungsgrad aufweist, andererseits Crohn-Patienten aber überdurchschnittlich gebildet zu sein scheinen, könnte dies die niedrige Inzidenz teilweise erklären.

Zusammenfassend zeichnen sich - in unterschiedlicher Deutlichkeit - folgende epidemiologische Ergebnisse ab:

1. Die Krankheitshäufigkeit hat in den letzten Jahren - v.a. in den industrialisierten Ländern - deutlich zugenommen.
2. Die Krankheit manifestiert sich überwiegend bei jungen Erwachsenen ohne Bevorzugung eines best. Geschlechts.
3. Angehörige jüdischer Rasse - insbesondere der Ashkenasim - sind häufiger betroffen, während die Erkrankung bei Farbigen seltener ist. Die weiße Rasse nimmt eine Mittelstellung ein.

4. Es bestehen Hinweise, daß die Erkrankung bei Stadtbe-
wohnern und überdurchschnittlich Gebildeten etwas häufiger
auftritt.

Wir werden auf Punkt 2 im Kontext der folgenden psycho-
somatischen Aspekte noch einmal zurückkommen (S. ⁵⁸..)

VI Hypothesen zur Ätiologie

CROHN bemerkte dazu im Jahre 1932 (CROHN, 1932): "Die Ätiologie der Krankheit ist unbekannt. Sie gehört weder in die Gruppe bekannter granulomatöser noch in die anerkannter entzündlicher Prozesse." In den folgenden Jahren fehlte es nicht an Versuchen, die Krankheit ätiologisch einzuordnen. Einige seien kurz erwähnt:

1. Mikroorganismen

Die Bemühungen, ein verantwortliches Virus zu isolieren, schlugen zunächst fehl (KYLE, 1963). In den Jahren 1974 und 1975 berichteten allerdings ARONSON (ARONSON, 1974) sowie BEEKEN (BEEKEN, 1975) über den bei 31 von 44 Crohn-Patienten gelungenen Nachweis eines RNA-Virus von Picorna-Typ. Während diese Befunde von anderen Autoren bestätigt wurden (GITNICK, 1976), konnte ein positiver Beweis, also die künstliche Induzierung einer Enteritis regionalis durch Picorna-Viren, bisher noch nicht eindeutig erbracht werden (BOLTON, 1973; BOLTON, 1974; HEATHLEY, 1975).

Im Glauben an eine bakterielle Infektion als Krankheitsursache versuchte man immer wieder, Bakterienkulturen aus dem Gewebe entzündeter Darmabschnitte zu züchten (vanPATTER, 1954). Obwohl es gelang, bei der akuten Ileitis *Yersinia enterocolitica* nachzuweisen, fand man diese Bakterien bei der chronischen Enteritis regionalis nicht (WINBLAD, 1966). Ein spezifischer bakterieller Erreger konnte also für den M. Crohn bisher nicht nachgewiesen werden (GORBACH, 1975). Demgegenüber wird eine indirekte Beteiligung der Darmflora als Auslöser bestimmter immunologischer Mechanismen diskutiert (siehe Seite 28.).

2. Sarkoidose

Die Granulome bei der Enteritis regionalis und bei der Sarkoidose weisen histologisch starke Ähnlichkeiten auf. Deshalb hatte man in früheren Jahren vermutet, die Crohnsche Erkrankung sei eine Form der Sarkoidose (HOMANNS, 1933). Beim typischen Sarkoidose-Patienten findet sich jedoch keine Mitbeteiligung

des Gastrointestinaltraktes, während die Enteritis regionalis wiederum nur selten eine extraintestinale Manifestation aufweist. Da sich in den letzten Jahren der Verdacht bestärkt hat, daß die Sarkoidose durch phagenbesetzte Mykobakterien hervorgerufen wird (MANKIEWICZ, 1964) und im Serum von Sarkoidose-Kranken Bakteriophagen nachgewiesen werden können, wurden entsprechende Untersuchungen auch bei der Enteritis regionalis vorgenommen. Es konnten jedoch keine Bakteriophagen im Serum von Crohn-Patienten gefunden werden (PARENT, 1971) und auch Hautteste mit Antigenen aus mehreren atypischen Mykobakterien fielen negativ aus (MORGANROTH, 1970).

3. Störung des Immunsystems

Verwirrend und widersprüchlich sind auch die immunologischen Befunde. Es wurde die Hypothese aufgestellt, der Enteritis regionalis lägen als ätiologische Faktoren Nahrungsmittelallergene zugrunde, da man bei einigen Patienten zirkulierende Antikörper gegen Nahrungsmittelproteine, vor allem Milchbestandteile und Hühnereiweiß fand. Allerdings können solche Antigene auch bei klinisch Gesunden vorhanden sein.

Verschiedene Autoren (SHORTER, 1968) haben gezeigt, daß Lymphocyten von Crohn-Patienten in vitro für allogene Colonepithelien cytotoxisch sind. Obwohl die Enteritis regionalis vorwiegend im Ileum auftritt, konnte eine entsprechende Cytotoxizität für Dünndarmepithelien durch Lymphocyten nicht nachgewiesen werden. Dagegen scheinen zellfreie Extrakte aus cytotoxischen Lymphocyten auch die Epithelien des Ileums, des Jejunums, des Magens und der Leber lysieren zu können (SHORTER, 1972). Untersuchungen SHORTERS aus dem Jahre 1976 schließlich zeigten, daß es sich wahrscheinlich um eine zellbedingte antikörperabhängige Zytotoxizität handelt, wobei die Effektorzelle weder den T- noch den B-Lymphocyten zuzurechnen ist und die beteiligten Antikörper entweder der IgM-Klasse angehören oder einem Antigen-Antikörperkomplex darstellen (SHORTER, 1976).

Allerdings konnten in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Autoantikörper gegen die verschiedensten Gewebearten sowohl bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen als auch bei gesunden Kontrollgruppen nachgewiesen werden, so daß deren Beteiligung an der speziellen Pathogenese der Enteritis regionalis in Frage zu stellen ist. (KIRSNER, 1978).

Bemerkenswert sind Untersuchungen, die auf eine Herabsetzung der T-Zellaktivität schließen lassen, wobei sowohl eine verringerte absolute Zahl zirkulierender T-Lymphozyten als auch eine Verringerung der Transformationsraten (KEVIN, 1971) und eine Beeinträchtigung der Freisetzung von Lymphokinen festgestellt wurden. Für eine daraus folgende verminderte Reaktionsbereitschaft vom verzögerten Typ sprechen Befunde, die auf eine hohe Inzidenz negativer Tuberkulinteste bei Crohn-Kranken hinweisen (WILLIAMS, 1963), obwohl dies in späteren Studien nicht unwidersprochen blieb (FLETSCHER, 1977). VERRIER JONES (VERRIER JONES, 1969) fand, daß Crohn-Patienten gegenüber Dinitrochlorbenzen vermindert sensibilisierbar sind und stützte damit die These einer abgeschwächten zellvermittelten Immunität. Möglicherweise führt diese partielle Immunschwäche zu den für die Enteritis regionalis typischen Veränderungen.

Elektronenmikroskopische Untersuchungen (ALUWIHARE, 1978) erbrachten den Nachweis von Bakterien in der Darmwand erkrankter Colonabschnitte und erhärteten aufgrund beobachteter qualitativer und quantitativer Veränderungen der Entzündungszellen innerhalb der Darmwand den Verdacht auf eine "Alteration des Immunsystems" mit der Konsequenz einer überschießenden, gleichzeitig aber unzulänglichen Reaktion.

In letzter Zeit hat sich das Interesse vermehrt auf die lokale Immunantwort innerhalb der Darmwand gerichtet (MORSON, 1976), aber auch hier sind die Ergebnisse sehr widersprüchlich.

GREEN /GREEN, 1975) untersuchte die Immunglobulinverteilung in der Darmwand und fand eine deutliche Verringerung von IgA in den lymphoiden Zellen der Lamina propria und den Epithelien. Er schloß darauf auf eine örtliche Beeinträchtigung des Mukosablocks. Bei anderen Autoren (MORSON, 1976) ergaben quantitative Untersuchungen dagegen über die Norm erhöhte IgA-Werte in den erkrankten Darmbezirken.

4. Die psychogene Komponente

Als CROHN im Jahre 1932 die Enteritis regionalis als erster systematisch beschrieb, fand er psychologische Aspekte nicht erwähnenswert und noch 1958, als er unter dem Titel "Life Cycle of Regional Enteritis" den typischen Lebenslauf eines Patienten rekonstruierte, schrieb er unter anderen: "Possibly or probably, at times too, he (der Patient; Anmerkung des Verfassers) has been said to be nervous or excitable and hightensioned, but these symptoms have not been correlated with the mild diarrhea nor, likely, has he any more personal problems or situations than have other individuals of that period of life " (CROHN, 1958).

Schon im Jahre 1806 hatte jedoch CHARLES COMBE über einen Patienten berichtet, der einige Monate irreguläres, intermittierendes Fieber gehabt hatte und schließlich verstorben war. Bei der Obduktion dieses Mannes, der von COMBE als sehr nervös und zart beschrieben wurde, fand man die, für die Enteritis regionalis typischen Veränderungen des terminalen Ileum (COMBE, 1813). In den Jahren vor und während des zweiten Weltkrieges wurde der Diagnose - angeregt durch CROHN - allmählich mehr Aufmerksamkeit geschenkt, und damit rückten auch auffällige Persönlichkeitszüge der Erkrankten in den Vordergrund. So berichtete BOCKUS im Jahre 1945 (BOCKUS, 1945), er habe nur sehr wenige ruhige, phlegmatische Personen mit dieser Erkrankung kennengelernt. Viele von ihnen seien emotionale, sensitive und ziemlich reizbare Menschen.

Manchen Untersuchern fielen die gehäuftten psychiatrischen Begleiterkrankungen auf, die allerdings meist als Folge der chronischen Erkrankung gesehen wurden. So meinte CROHN (CROHN, 1956), die psychischen Erscheinungen der Krankheit stünden manchmal so sehr im Vordergrund, daß sie das somatische Erscheinungsbild in den Hintergrund drängten. Die Tatsache, daß eine Reihe von Patienten zunächst in psychiatrischen Abteilungen behandelt worden sei, lasse keine Rückschlüsse auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale zu, sondern betone vielmehr, wie sehr die Erkrankung die psychische Konstitution des Leidenden in Anspruch genommen habe. Auf die Anmerkung einer Reihe Autoren, gewisse psychische Charakteristika hätten bei den Patienten schon vor Krankheitsausbruch bestanden und wären auch in Remissionsphasen nachweisbar, ging CROHN leider nicht ein.

Schließlich waren - aufgrund vieler Parallelen in beiden Krankheitsbildern - auch die früher und ausführlicher belegten psychischen Auffälligkeiten bei Patienten mit Colitis ulcerosa ein Ansporn, entsprechende Nachforschungen bei der Enteritis regionalis gleichfalls anzustellen.

C Die psychosomatischen Aspekte der Enteritis regionalis

I. Psychophysiologie

Während emotionale Einflüsse auf die Funktionen von Magen und Colon bereits genauen Untersuchungen unterzogen wurden (WOLF, 1966; WOLF u. WOLFF, 1944; ENGEL, 1956) und dadurch wichtige psychophysiologische Erkenntnisse zur Ätiologie von Ulcus pepticum und Colitis ulcerosa gewonnen werden konnten, sind diesbezügliche Studien über den Dünndarm seltener durchgeführt worden.

Im Jahre 1944 hatte WEEKS (WEEKS, 1944) über einen verwundeten arabischen Soldaten berichtet, bei dem aufgrund der Verletzung und eingeschränkter Operabilität die Dünndarmfunktion über mehrere Wochen unmittelbar beobachtet werden konnte. Es wurden die verschiedensten Reize appliziert. Zur weitaus heftigsten Dünndarmaktivität kam es jedoch, als eine Anzahl verletzter und schreiender Araber in das Krankenhaus eingeliefert wurde und auf die gleiche Station kam, in der auch der Patient lag, der wegen der Ereignisse sehr erregt war. Interessant erscheint auch ein Bericht über regionale Enterocolitis bei zwei Cocker-Spaniel-Hunden, von denen der eine wegen extremer Nervosität mit Sedativa behandelt werden mußte. Der Autor meinte hierzu, es sei eine häufige Beobachtung, daß diese Hunderasse zu extremer Nervosität neige (STRANDE, 1954). Psychophysiologische Studien wurden bei diesen Hunden leider nicht durchgeführt.

MARTIN (MARTIN, 1950) konnte bei organisch Gesunden funktionelle Störungen im Bereich des Dünndarms, vor allem des terminalen Ileums mit Hypomotilität und Hypertonizität feststellen. Röntgenkontrastuntersuchungen ließen noch 14 Stunden nach oraler Bariumsulfateinnahme Kontrastmittelreste im terminalen Ileum nachweisen. Bei einer ganzen Reihe dieser Patienten

konnten sowohl körperliche und geistige Übermüdungser-
scheinungen als auch Angst und Spannungszustände festge-
stellt werden. Gleichzeitig mit der Linderung der psychischen
Belastungen durch Ruhe oder Psychotherapie normalisierte sich
auch die intestinale Motilität.

Eine generelle Beziehung zwischen emotionalen Spannungen und
Überfunktion des Ileums wurden auch von verschiedenen anderen
Autoren beschrieben (CUMMIS, 1953 u. 1954; CODE, 1957; FRIEDMAN,
1954; HELM, 1948; HINES, 1926; INGELFINGER, 1940; ROTH, 1953;).
SADLER (SADLER, 1968) versuchte, eine Differenzierung des
emotionalen Spektrums, das eine Auswirkung auf die Dünndarm-
funktion hat, vorzunehmen. Er konnte bei einem Patienten
mit einer sog. Thiry-Schlinge, den er über 13 Jahre intensiv
beobachtete, feststellen, daß es zu einer Überaktivität des
Ileums bei Erregungen kam, die mit Ärger, Feindseligkeit und
Frustration verbunden waren. Bei Sättigung und Zufriedenheit
war eine nur mäßige Aktivität vorhanden. Eine sog. "Tonus-
Welle" wurde bei Ruhe, Schlaf und in Situationen des depressiven
Rückzuges beobachtet. Zu einem völligen Motilitätsverlust kam
es, als dem Patienten mitgeteilt wurde, er leide an einem
Larynxkarzinom, also in einer Situation, in der auch der
psychische Apparat durch die überwältigende Konfrontation
plötzlich wie gelähmt war. Propulsive Austreibungswellen be-
gleiteten sowohl intensive Triebentladungsaffekte, gleich-
gültig ob offen gezeigt oder unterdrückt, als auch vermischte
Emotionen, wenn dabei aggressive Triebregungen im Vordergrund
standen.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang, daß auch von histo-
logischen Untersuchungen aus den fünfziger Jahren, die aller-
dings in letzter Zeit kaum mehr beachtet wurden, Hinweise für
eine Veränderung der autonom-nervösen Darmgeflechte vorliegen.
HARTMANN (HARTMANN, 1950) führt das initiale Ödem der Sub-
mukosa auf eine paralytische Ausweitung der Kapillaren und

postkapillaren Venen zurück, die er wiederum als Zeichen einer schweren funktionellen Störung der autonom-nervösen Darmgeflechte, insbesondere der Vasomotoren ansieht. Als morphologisches Korrelat fand er eine Neuritenproliferation in der Submukosa mit herdförmigen Wucherungen ganglienzellwertiger Elemente. Der Plexus myentericus und submucosus erwies sich als mehr oder weniger stark gewuchert und in der Tunica propria der Schleimhaut fand er eine ganz erhebliche Wucherung des nervösen Endnetzes. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß auch im Ulcusmagen gleichartige Wucherungen der Nervengeflechte gefunden werden können. HARTMANN sieht diese Veränderungen bei der Enteritis regionalis als das morphologische Substrat einer bestimmten "neurotischen Konstitution" des Trägers im Sinne einer vegetativen Stigmatisierung. Damit könnten die Nervenwucherungen auch als eine Art Arbeitshypertrophie aufgefaßt werden, die bei entsprechender genetischer Vorbelastung und exogener Auslösung Grundlage einer pathogenetischen Kettenreaktion sein könnte. Die Prädispositionsstelle im unteren Ileum erklärt HARTMANN mit der besonderen Reaktionsfreudigkeit dieses Darmabschnittes, die schon durch die Anhäufung lymphoretikulären Gewebes zum Ausdruck komme. Außerdem biete sich infolge Stagnation des Inhaltes vor der Bauhinschen Klappe den bakteriellen und toxischen Noxen ein besonders günstiger Angriffspunkt. Dies werde auch durch die dort typische Lokalisation des Typhus abdominalis und der enteralen Tuberkulose erwiesen. Mit der Annahme eines neuro-vaskulären pathogenetischen Primats ließe sich auch die regional-segmentale Begrenzung der Darmaffektion am besten in Einklang bringen. Das Vorliegen proliferativer und degenerativer Veränderungen am autonomen Nervensystem der betroffenen Darmabschnitte wurde übrigens von WOLF (WOLF, 1955/56) bestätigt.

Zusammen mit den oben erwähnten psychophysiologischen Beobachtungen bekräftigen die Ergebnisse und Vorstellungen HARTMANN'S zur Pathogenese den Verdacht einer psychosomatischen

Kausalität bei der Enteritis regionalis. Während bisher vorwiegend somatische und klinische Aspekte im Vordergrund standen, soll nun versucht werden, die psychischen Bedingungen der Erkrankung einer Betrachtung zu unterziehen.

II Auslösende Situationen

Nachdem psychophysiologische Forschungen eine kausale Verknüpfung zwischen seelischer Erregung und gesteigerter Darmaktivität sichern konnten, treten in Bezug zur Enteritis regionalis zwei Fragen in den Vordergrund:

1. Läßt sich auch für die Enteritis regionalis eine zeitliche Korrelation zwischen dem Beginn der körperlichen Symptome und einer seelischen Erregung nachweisen?
2. Sind die Situationen, die beim Crohn-Patienten zu dieser seelischen Erregung führen spezifisch?

PAULLEY (PAULLEY, 1948) hatte 1948 bei vier Patienten mit Enteritis regionalis beobachtet, daß in allen Fällen sowohl Krankheitsbeginn als auch Rückfälle in zeitlichem Zusammenhang mit Stresssituationen eingetreten waren. Sechs Jahre später schrieb CROHN (CROHN, 1954) zu diesem Thema: "Wie bei allen Krankheiten unbekannten Ursprungs, ist auch bei der Ileitis von Zeit zu Zeit eine psychosomatische Genese vorgeschlagen worden. Unserem eigenen Eindruck nach scheint jedoch zumindest bei oberflächlicher Betrachtung - im Gegensatz zur Colitis ulcerosa - emotionaler Stress bei der Ileitis kein gewichtiger auslösender Faktor zu sein". Zwei Jahre später unterstrich er diese Haltung nochmals (CROHN, 1956) und meinte, er kenne keinen einzigen Fall, in dem der Beginn der Ileitis mit einem psychischen Trauma verbunden gewesen sei und genauso wenig könne er das postoperative Wiederaufkommen der Krankheit irgendwelchen psychischen Faktoren zuschreiben. In einer Studie, die sich mit den psychiatrischen Symptomen bei 16 Crohn-Patienten befaßte konnte CROCKET (CROCKET, 1952) nur bei drei Patienten einen Zusammenhang

zwischen Angstzuständen und dem Grad der Diarrhoe finden und bezweifelte, ob das Vorkommen von drei Fällen dieser Art irgendeine Bedeutung habe. Er stützte seine Aussagen dabei auf jeweils einstündige psychiatrische Routineuntersuchungen. Diese Ergebnisse wurden von FELDMAN (FELDMAN, 1967) anhand einer gründlicheren psychiatrischen Studie im wesentlichen bestätigt. Er konnte den Krankheitsbeginn in keinem der Fälle zeitlich mit einer Streßsituation in Verbindung bringen und bei insgesamt 40 registrierten Rückfällen gelang ihm letzteres nur in zwei Fällen.

Weitaus die Mehrzahl der Autoren, die sich mit der zeitlichen Korrelation zwischen Darmerkrankung und psychisch belastenden Situationen befaßten, kamen jedoch zu eindeutig positiven Ergebnissen. Auch bei den von uns durchgeführten und im Anhang beschriebenen Untersuchungen konnte mit einer Ausnahme stets eine auffällige Beziehung zwischen Erstmanifestation bzw. Exazerbation der Enteritis regionalis und einer für den Patienten belastenden psychosozialen Situation nachgewiesen werden.

1. Uncharakteristische Belastungen ("Streßsituationen")

In einigen Veröffentlichungen beschränkte man sich darauf, auf seelische Belastungen im allgemeinen hinzuweisen, ohne sie näher zu beschreiben. So fand McKEGNEY (McKEGNEY, 1970) bei einer Untersuchung von 19 Crohn-Patienten in 68 % der Fälle eine eindeutige und ernste Lebenskrise innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der eigentlichen Erkrankung. Im gleichen Jahr publizierte GOLDBERG (GOLDBERG, 1970) eine psychiatrische Studie über Patienten mit Dünndarmerkrankungen und konnte anhand von 23 Crohn-Fällen eine klare Beziehung zwischen der Schwere der psychiatrischen Störung und der Zahl der Stühle pro Tag erkennen. Auch COHN (COHN, 1970), der in diesem Zusammenhang 12 Patienten untersuchte, bemerkte, daß bis auf eine Ausnahme sowohl der Erst- als auch der Wiederbe-

ginn der Krankheitssymptome in zeitlichem Bezug zu Streß-situationen standen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam schließlich auch JOST (JOST, 1968) bei sieben von 15 Patienten. Er meinte, Schicksalssituationen und aktuelle Konflikte würden vom psychosomatisch Kranken stärker erlebt, könnten somit ein Übergewicht gewinnen und speziell beim Crohn-Patienten auf der Basis einer allgemeinen oder traktusgebundenen vegetativen Labilität zur Symptomanifestation führen.

Mit diesen Untersuchungen gelang es, den vagen Begriff der "Nervosität" zu überwinden und die - für eine psychosomatische Krankheit unerläßliche - Beziehung zwischen "Streß" und Verstärkung körperlicher Beschwerden nachzuweisen. Im Sinne der Alexanderschen Konfliktspezifität, nach der für jeden Patienten eine - durch die individuelle Entwicklungsgeschichte erklärbare - ganz bestimmte Konfliktsituation für den Krankheitsausbruch maßgebend sein soll, ist der Begriff "Streß" allerdings zu allgemein gehalten.

2. Erhöhte, mit Belastungen verbundene Forderungen und Verantwortung

Die Mehrzahl der Autoren, die über auslösende Situationen bei der Enteritis regionalis berichteten, versuchten die spezifischen Inhalte der prämorbidn Veränderungen der Lebenssituation zu gliedern. So beschreibt COHN (COHN, 1970) die Krankheitsgeschichte eines Mädchens, bei dem die körperlichen Symptome immer dann in Erscheinung traten, wenn Anforderungen an es gestellt wurden, wenn sie z.B. einen guten Notendurchschnitt in der Schule erreichen, an einer Schülermannschaft teilnehmen oder eine Rolle im Schauspielklub übernehmen sollte oder im Hinblick auf ein öffentliches Vorspiel Klavierunterricht nehmen sollte. Die Symptome besserten sich gleichzeitig mit der Verringerung dieser Belastungen. Anhand einer eingehenden psychoanalytischen Behandlung eines Crohn-Patienten bestätigte RIEMER (RIEMER, 1960) diese Beobachtungen.

Er schrieb: " Es ist offensichtlich, daß sich die Symptome der Erkrankung mit dem Grad der Verantwortung verstärken". Weitere Beispiele dieser Art sind in den Studien von WHYBROW (WHYBROW, 1968), SPERLING (SPERLING, 1960), GRACE (GRACE, 1953) und STEWART (STEWART, 1949) zu finden. Letzterer beschreibt den Fall eines 33-jährigen Farbigen, der sich gespannt und unsicher fühlte, wenn er sich um Arbeit bewarb, wobei diese Gefühle sich auch auf seinen Magen-Darm-Trakt auswirkten, so daß es zu Diarrhoen kam. Der Patient meinte, alles was ihm Sorgen bereite, gäbe ihm ein Gefühl von Unsicherheit und Empörung. Wenn sich diese Probleme gelöst hätten, fühle er sich in Ordnung. Er sagte: "Sobald ich das Gefühl habe, der Lage Herr zu sein, höre ich auf gespannt zu sein. Ich mag kein aufregendes sondern ein konservatives Leben".

Eine der von uns beschriebenen Patientinnen (Fall 6) war kurz vor ihrer Erkrankung mit einer veränderten Arbeitssituation konfrontiert worden. Der Betrieb nahm eine Produktionsumstellung vor, so daß die Patientin, von Beruf Lötlerin an einem Fließband, plötzlich eine ungewohnte, erheblich diffizilere Arbeit bei gleichzeitig verschärftem Akkord bewältigen sollte. Frau L. meinte, es sei eine einzige Hetzerei gewesen; der Werkmeister sei hinter ihr gestanden und habe sie zu schnellerer Arbeit angehalten. Sie leistete keinen Widerspruch und gab sich alle erdenkliche Mühe, den Anforderungen gerecht zu werden. Trotzdem versagte sie und war mit dem drohenden Verlust von Arbeitsplatz und vertrauter mitmenschlicher Umgebung konfrontiert. In dieser Situation kam es zur Erstmanifestation der Enteritis regionalis.

3. Situationen, die erhöhte Unabhängigkeit fordern

Situationen steigender belastender Verantwortung, sei es im Studium, am Arbeitsplatz, nach einer Heirat, während und nach der Geburt eines Kindes, sind oft verbunden mit einem

Wechsel in der mitmenschlichen Umgebung oder das Individuum erhält im bekannten Milieu eine neue gesellschaftliche Position. Dies erfordert Flexibilität im Lösen alter und Knüpfen neuer mitmenschlicher Bindungen und bedeutet gleichzeitig die Erlangung eines gewissen Grades individueller Unabhängigkeit. Gerade solche Situationen scheinen bei bestimmten Personen eine Enteritis regionalis auslösen zu können. PARFITT (PARFITT, 1970) bemerkt dazu: "As far as precipitating stresses are concerned, situations which demand a move toward independence, such as starting work, going to college, getting married and having children seems to be associated with exacerbation of the disease". Eine entsprechende Problematik beschreibt COHN (COHN, 1970) bei einem Patienten mit Enteritis regionalis, dessen Symptome einsetzten, als er nach seiner Ausbildung zum Elektroingenieur die Universität verließ und glaubte, es sei zwingend, jetzt auch völlig unabhängig zu werden, obwohl ihm dies widerstrebte. RIEMER (RIEMER, 1960) interpretierte einen ähnlichen Fall folgendermaßen: "Unmittelbar nach dem Absolvieren der Schule für Pharmazeuten plante er eine Karriere im Ausland, die verstärkte Anspannung und Arbeit notwendig machte. Dies und die Tatsache, daß er nunmehr auf sich selbst gestellt und nicht mehr Student war erregte die kompetitiven aggressiven Tendenzen, so daß sich ein akuter Rückschlag entwickelte". Schließlich sei auf die Arbeiten von GRACE (GRACE, 1953) und WHYBROW (WHYBROW, 1968) verwiesen, in denen auf entsprechende auslösende Situationen hingewiesen wird.

4. Verlust nahestehender Personen

Am eindeutigsten wird im Zusammenhang mit den die körperliche Crohn-Symptomatik auslösenden Situationen auf biographische Lebensabschnitte hingewiesen, in denen der Verlust von Mitmenschen drohte oder erfolgte, zu denen der Patient eine intensive Beziehung hatte. Entsprechende Zusammenhänge waren schon früher von STEWART (STEWART, 1949), GRACE (GRACE, 1953) und MERSEREAU (MERSEREAU, 1963) dargelegt worden. In einem der

Fälle der COHNSCHEN Studie war es zu Darmsymptomen gekommen, nachdem die Großmutter des Patienten gestorben war. Erklärend heißt es: "Der Tod der Großeltern hatte ihn aufgerührt, da sie in seinem Leben die Rolle, die eigentlich seine Eltern hätten übernehmen sollen, gespielt hatten" (COHN, 1970). JOST (JOST, 1968) schilderte einen Fall, bei dem es im Anschluß an den Tod der Mutter zu Schmerzen im Mittel- und Unterbauch, zu Atembeklemmung und schließlich zu kolikartigen Schmerzen im rechten Unterbauch gekommen war. Sieben Jahre später entwickelten sich bei dem gleichen Patienten nach dem Tod seines zehn Tage alten Sohnes unausstehliche Schmerzen im rechten Unterbauch, die eine Krankenhausaufnahme erforderlich machten. Von 39 untersuchten Patienten mit der Diagnose Enteritis regionalis fand WHYBROW (WHYBROW, 1968) bei 25 Fällen eine klare Beziehung zwischen Perioden psychischer Belastung und der Exazerbation der Krankheit. Eine weitere Aufschlüsselung ergab, daß bei acht dieser 25 Fälle die psychische Belastung durch den Tod eines nahen Verwandten hervorgerufen worden war. Im Jahre 1973 schilderte WHYBROW (WHYBROW, 1973) den Krankheitsverlauf bei einer 27-jährigen Patientin, die einen Rückfall erlitt, als die Eltern aus der Stadt, in der sie wohnte, wegzogen. Auf psychischem Gebiet löste dies bei der Patientin Depressionen, extreme Nervosität und Schlaflosigkeit aus.

Auch in der Hälfte der von uns bearbeiteten Fälle (1,2,5,8) waren reelle Verluste nahestehender Personen durch Tod oder auch der Verlust der bisherigen Form der Objektbeziehung den ersten Krankheitssymptomen vorausgegangen. Bei Herrn Hu. kam es zu ersten Beschwerden als er aufgrund eines tödlichen Unfalls plötzlich seinen Bruder verlor. Der Patient war im Alter von drei Jahren zusammen mit seinem um fünf Jahre älteren Bruder wegen finanzieller Schwierigkeiten der Eltern für einige Jahre zu einer Tante nach Holland geschickt worden. Die Trennung von seiner Mutter belastete ihn damals stark, aber er hatte wenigstens noch seinen großen Bruder, der ihn beschützte

und mit dem er seit dieser Zeit unzertrennlich verbunden war. Bei dem gleichen Patienten kam es zu einem Rückfall, als er sich wegen einer Fisteloperation in einem Krankenhaus befand und in dieser Zeit den Verdacht hegte, seine Freundin halte nicht mehr zu ihm und suche einen Vorwand, um ihm den Rücken kehren zu können. Als er schließlich erfuhr, daß sie ihm tatsächlich untreu geworden war, kam es zu einer Zunahme der Schmerzen und der wässerigen Durchfälle. Als Auslöser der Exazerbation kann also ein zunächst noch nicht realer sondern "nur" drohender Objektverlust gesehen werden.

Bei Herrn F. (Fall 8) standen in der auslösenden Situation beide Faktoren gleichzeitig, also ein realer und ein drohender Objektverlust im Vordergrund. Während sich die Freundin des Patienten noch nicht zwischen ihm und einem anderen Verehrer entscheiden kann, stirbt plötzlich seine Mutter, zu der er nach anfänglichen Schwierigkeiten ein inniges Verhältnis entwickelt hatte, an Leukämie.

Bei dem jungen Patienten K. (Fall 1) schließlich geht dem Krankheitsbeginn die Trennung von seiner Schwester voraus, dem einzigen Menschen, zu dem er uneingeschränktes Vertrauen hatte. Als er endlich das Elternhaus verlassen und in die Wohnung seiner Schwester ziehen konnte, kam es prompt zu einem erheblichen Nachlassen der Beschwerden.

5. Konflikte um materiellen Besitz

Finanzielle Probleme können ebenfalls, wenn auch bei weitem nicht am häufigsten als Auslösemoment eines Krankheitsschubes im Vordergrund stehen. Anhand der ~~Kasuistik~~ Kasuistik eines 17-jährigen Schülers bezeichnete Schellak Konflikte um materiellen Besitz als sehr relevant. JOST (JOST, 1968) schildert den Fall eines 34-jährigen Feinmechanikers, der in der väterlichen Firma arbeitete, obwohl sein Verhältnis zum Vater nie spannungsfrei

gewesen war. Bei diesem Patienten kam es zur Erstmanifestation der Symptome, als er von seinem Vater einen Kredit für seinen Hausbau erbat, der ihm jedoch nicht gewährt wurde. Vier Jahre später kam es im Zusammenhang mit unerfüllbaren Erbansprüchen seiner Schwester zu einem rapiden Gewichtsverlust. Ein Jahr darauf entwickelten sich anlässlich einer verschärften Auseinandersetzung mit seinem Vater wegen einer neu anzuschaffenden Maschine und im Zusammenhang mit der zweiten Schwangerschaft seiner Ehefrau und einer ungewissen Zukunft (der Vater wollte ihm den Betrieb nicht übergeben) unausstehliche abdominelle Schmerzen. Verstopfung, Fieber und allgemeine Schwäche. Einen weiteren Hinweis in diese Richtung gab GRACE (GRACE, 1953), der den Beginn der Diarrhoe bei einer Patientin zu einer Zeit vermerkte, als ihr Mann durch einen Berufswechsel eine beträchtliche finanzielle Einbuße hinnehmen mußte, wobei sich die, in finanziellen Dingen immer unsichere Patientin unter großem Druck fühlte.

6. Demütigende, das Selbstwertgefühl verletzende Situationen

Im Jahre 1949 beschrieb STEWART in der Krankengeschichte eines 46-jährigen Juden folgendes: "Seine Krankheit begann zu einer Zeit, als er wegen einer sich hinziehenden Affäre mit einer verheirateten Frau große Schuldgefühle entwickelte. Die Beschwerden verschlimmerten sich, als er entdeckte, daß diese Frau auch noch mit einem anderen Mann ein intimes Verhältnis hatte. Der jüngste Rückschlag entwickelte sich nach einer Auseinandersetzung mit einem groben Nachbarn, der ihn aufgefordert hatte, entweder seinen Mund zu halten oder zu kämpfen. Der Patient zog es vor, den Mund zu halten, konnte sich mit der demütigenden Situation aber nicht abfinden. Er litt unter Schlaflosigkeit, Appetitmangel und fühlte sich deprimiert und einsam". Hier wird besonders deutlich, daß es dem Patienten auch nicht gelingt, sich gegen diese, das Selbstwertgefühl erniedrigenden Angriffe zur Wehr zu setzen, obwohl das Aufkeimen narzißtischer Wut unverkennbar ist. Ein weiteres Beispiel aus der Arbeit JOSTS (JOST, 1968) mag dies unterstreichen: "Es kam bei Frau Sch. während der

Lehrzeit insofern zu einem Konflikt, als es ihr aufgrund der noch unreifen, weichen Charakterstruktur nicht gelang, die ihr gestellten beruflichen Anforderungen zu erfüllen und die Spötteleisen der Kollegen abzuwehren. Auch mußte sie sich einige Wochen vor Beginn der Erkrankung von ihrem Chef eine strenge Zurechtweisung gefallen lassen". GRACE (GRACE, 1953) beschrieb die Situation einer Patientin, die zum ersten Mal Durchfälle bekam, als sie ihr drittes Kind erwartete und zur gleichen Zeit ihre kranke Schwiegermutter zu ihr ins Haus zog. Diese kritisierte die Patientin und machte keinen Hehl darauf, daß sie glaubte, ihr Sohn habe mit der Patientin als Ehefrau eine schlechte Wahl getroffen. Schließlich sei auf eine Fallbeschreibung PARFITTs (PARFITT, 1970) hingewiesen, bei der dem Krankheitsbeginn eines Patienten der Bruch mit seiner Verlobten vorausgegangen war. Dieser Vorgang, den der Patient vor allem als eine Demütigung empfand, hatte zur Folge, daß er sich monatelang mit keinem anderen Mädchen mehr verabredete, aus Furcht zurückgewiesen zu werden.

Herr L., über den wir in der Fallbeschreibung 7 berichten, hatte ebenfalls eine Reihe für ihn äußerst demütigender Situationen durchstehen müssen, als er im Alter von 26 Jahren seine Wehrpflicht in der Bundeswehr abzuleisten hatte. Er mußte unsinnige Befehle ausführen und wurde in herrischem Ton von z.T. jüngeren Vorgesetzten herumkommandiert. Sein anfänglicher Widerspruch wurde mit Ausgehverbot geahndet. Dies traf ihn wiederum an einer sehr empfindlichen Stelle, da er während der Wehrdienstzeit keinen größeren Wunsch hatte, als möglichst oft nach Hause zu seiner Frau fahren zu können. In dieser Konfliktsituation kam es zum Ausbruch der Erkrankung. Auch in der Fallbeschreibung Nr. 3 liegt eine ähnliche Problematik vor.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei einer deutlichen Mehrheit der Fälle individuelle, belastende Situationen die

organische Krankheit nicht nur begleiten, sondern ihr zeitlich unmittelbar vorausgehen und damit zusammen mit anderen Faktoren als Auslösemomente angesehen werden können.

Wenn sich die Ursachen des Konfliktes beseitigen lassen, so kommt es zu Remissionen, während der Patient bei einem Wiederaufflammen der seelischen Belastungen häufig über eine Exazerbation der Symptome klagt (GRACE, 1953; FORD, 1969; WHYBROW, 1968). Zu CROCKETS negativen Untersuchungsergebnissen meinte GRACE, sie seien wahrscheinlich auf die kurze Zeit zurückzuführen, die er für die Patienten aufgewendet habe. Seiner Erfahrung nach bedürfe es bei Kranken mit Enteritis regionalis wie auch bei Patienten mit verschiedenen anderen Krankheiten regelmäßiger Gespräche über einen längeren Zeitraum, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang erscheinen die Untersuchungen RAHES (RAHE, 1964 und 1967) interessant, die sich mit sozialem Streß und Krankheitsbeginn im allgemeinen beschäftigen. RAHE postulierte, daß psychosoziale Lebenskrisen auch bei Krankheiten, bei denen eine psychogene Komponente nicht anerkannt ist, eine wesentliche Rolle spielen. Entsprechend vertrat von UEXKÜLL (UEXKÜLL, 1963) die Auffassung, psychosomatische Medizin sei kein neues Spezialfach, das etwa zur Dermatologie, Chirurgie, Frauenheilkunde usw. hinzutrete, sondern eine alle Zweige der Medizin betreffende Forschungsrichtung, die sich mit dem Einfluß seelischer Vorgänge auf die Entstehung und den Ablauf von Krankheiten befasse.

Die krankheitsauslösenden Belastungen lassen sich bei einem Großteil der Crohn-Patienten auf einige oben genannte Grundkonflikte zurückführen, wobei hinzuzufügen ist, daß diese oft gleichzeitig auftreten. So ist z.B. eine Situation, die erhöhter Unabhängigkeit bedarf, oft mit erhöhten Forderungen und Verantwortung verbunden, sie kann durch den Verlust einer nahestehenden Person erst ausgelöst werden, und das Scheitern in

diesen Situationen kann für den Betroffenen eine schwere Demütigung bedeuten. Trotzdem springen einige übergeordnete Gesichtspunkte ins Auge: Crohn-Patienten scheinen in ihren Objektbeziehungen wenig flexibel zu sein und auf drohende oder tatsächliche Veränderungen in diesem Bereich besonders empfindlich zu reagieren. Andererseits zeigen sich Hinweise, daß ihr Selbstwertgefühl leicht zu verletzen ist. Offene aggressive Regungen auf diese beiden Bedrohungen werden meist vermißt.

Um die tatsächliche Belastung, die eine veränderte Lebenssituation für einen Crohn-Patienten darstellt, erfassen zu können, bedarf es der Berücksichtigung der individuellen psychischen Entwicklungsgeschichte. FORD meinte hierzu im Anschluß an seine Fallbeschreibungen: "In nahezu jedem Fall hatte der Streß eine Beziehung zu ungelösten Konflikten in der Kindheit, mit denen der Patient nicht auf eine reife Art umgehen konnte " (FORD, 1969).

III Familiäre Aspekte

1. Persönlichkeit der Mutter

Vergleicht man die in der entsprechenden Literatur aufgeführten Persönlichkeitsbeschreibungen von Müttern der Crohn-Patienten, so zeichnet sich ein recht typisches Bild ab, das in vielem den Verhältnissen bei der Colitis ulcerosa ähnlich zu sein scheint.

FORD (FORD, 1969) beschrieb die Mütter der von ihm untersuchten 17 Patienten als zwanghaft und in der Familie auf eine typische Weise dominierend, indem sie Liebe geben oder zurückhalten und Schuldgefühle hervorrufen. Auch GRACE (GRACE, 1953) sieht die Mütter als dominierende Personen in der Familie, die ihren Haushalt oft überkorrekt versorgen. Andere Autoren betonten darüber hinaus fordernde und auch kontrollierende Persönlich-

keitszüge (COHN, 1970; GOLDBERG, 1969; CAPPANNARI, 1975) und PAULLEY (PAULLEY, 1959) beschreibt einen Extremfall folgendermaßen: "Die Mutter wandte sich mehr und mehr dem Sohn zu. Sie machten die meisten Dinge gemeinsam und gingen sogar miteinander zum Tanzen, so daß die Mutter geradezu die Stellung einer Ehefrau für den Patienten einnahm. Als der Vater vom Krieg nach Hause kam, bemerkte er, daß er eigentlich überflüssig war und aufgrund der mütterlichen Beeinflussung vom Sohn verachtet wurde". Als possessiv beschrieben STEWART (STEWART, 1949) und PAULLEY (PAULLEY, 1971) die von ihnen beobachtete mütterliche Einstellung, ihre Kinder mit allen Mitteln an sich zu binden. RIEMER (RIEMER, 1960) schließlich bemerkte überbehütende Verhaltensweisen bei der Mutter des in seinem Bericht beschriebenen Crohn-Patienten. Dies kann sogar so weit gehen, daß die Mutter die Krankheit eines inzwischen erwachsenen Kindes als willkommenen Anlaß sieht, um wieder in ihre protektive Rolle schlüpfen zu können. So schrieb MERSEREAU (MERSEREAU, 1963), einer seiner Patienten habe bemerkt, daß seine Mutter überhaupt nicht unglücklich war, wenn ihn seine Krankheit hilflos machte, weil sie für ihn dann wieder wie für ein kleines Baby sorgen konnte.

In sechs der insgesamt acht von uns beschriebenen Fälle waren den Müttern zwanghafte Wesenszüge, vor allem ausgeprägter Sinn für Sauberkeit und Sparsamkeit, zuzuordnen, in vier Fällen standen diese Persönlichkeitsmerkmale sogar im Vordergrund. Die Mütter vernachlässigen ihre Kinder keineswegs, sondern pflegen und versorgen sie oft überkorrekt. Dabei können bei dominierenden Persönlichkeiten die fordernden und kontrollierenden Eigenschaften im Vordergrund stehen, während die auf den ersten Blick unscheinbar wirkenden Mütter von den Patienten als possessiv und überbehütend empfunden werden.

So schildert der Patient in Fall 1 seine Mutter als sehr

ordentliche, auf Sauberkeit bedachte Person, die durch ihre überbesorgte Haltung seine Aktivität zur Erlangung eigener Selbständigkeit immer zu verhindern oder zu bremsen gesucht habe. Er habe sie stets als einengend empfunden. Während eines Gesprächs des Autors mit der Mutter hat dieser zunächst größte Mühe überhaupt zu Wort zu kommen, er muß - von ihr immer wieder unterbrochen - einige Male ansetzen, um einen Satz beenden zu können. Sie stellt sofort fest, ihr Kind sei schon immer überaus zart und sensibel gewesen. Der Patient habe ihr versprechen müssen, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu ihr zurück zu kommen oder sich wenigstens ein Zimmer in ihrer Nähe zu mieten.

Herr He. (Fall 3), der neben der Enteritis regionalis auch an den Folgen einer im Alter von 13 Jahren durchgemachten Polio-myelitis leidet, beschreibt die possessive und fordernde Haltung seiner Mutter ebenfalls sehr eindringlich. Als sie bemerkt habe, daß der noch in ihrem Haus wohnende 20-jährige Patient eine Mädchenbekanntschaft gemacht hatte und Heiratsabsichten hegte, wehrte sich die Mutter gegen eine Eheschließung zunächst mit dem Argument, das Mädchen sei nicht standesgemäß. Auch nach der Ehe, die sie nicht verhindern konnte, versuchte sie immer wieder, seine Frau schlecht zu machen, ihn selbst aber wegen seiner durch die Kinderlähmung bedingten Behinderung "in ein Glaskästchen zu sperren", um ihn stärker an sich binden zu können. Wenn er körperliche Arbeit verrichte, meine seine Mutter, es sei eine Schande, daß er als behinderter Mann das tun müsse, während seine Frau die Kinder spazieren fahre und untätig sei. Der Patient meint: "Meine Mutter würde es gerne sehen, wenn meine Ehe in Brüche ginge, nur damit ich wieder - wie früher als hilfloses Kind - zu ihr zurückkehren müßte".

Abgesehen von einer Ausnahme ließen sich bei den Müttern aller acht Fälle die von den oben angeführten Autoren beschriebenen

Eigenschaften mehr oder minder stark und in jeweils individueller Ausprägung nachweisen. Da die Mutter in der Regel die wichtigste Bezugsperson des heranwachsenden Kindes ist, haben die genannten Verhaltensweisen zweifelsohne eine Auswirkung auf die frühkindliche Entwicklung. Wir werden am Ende dieses Kapitels darauf noch näher einzugehen haben.

2. Persönlichkeit des Vaters

Die Väter von Crohn-Patienten sind demgegenüber schwerer einzuordnen. Relativ häufig trifft man auf Alkoholiker und leicht erregbare, launische Menschen, aber auch zwanghafte Persönlichkeitszüge wie übergenaues achten auf Pünktlichkeit, Ordnung und Gehorsam können im Vordergrund stehen (KRAFT, 1964; JOST, 1968; RIEMER, 1960). Demgegenüber beschreiben manche Autoren die Väter ihrer Patienten als schwach, weich, langweilig und phantasielos (FORD, 1969; GRACE, 1953). Es ist fraglich, ob diese Ergebnisse verallgemeinert werden können, nachdem hierzu nur wenige Literaturangaben zur Verfügung stehen. Ganz allgemein entsteht aber der Eindruck, als ob die Väter ihren Kindern zu wenig Aufmerksamkeit schenkten, ihnen aus zeitlichen Gründen oder menschlichem Unvermögen zu wenig emotionale Zuwendung zukommen ließen. Im Sinne VONTOBELS (VONTOBELS, 1968) stellen diese Väter als sozialkulturelle Determinanten der Leitungsmotivation entweder einen zu geringen (Abwesenheit des Vaters) oder einen zu hohen (bei hoher Macht- und Autoritätsausübung des Vaters) Grad der Herausforderung für ihr Kind dar.

Unsere Ergebnisse bestätigen diese Feststellungen recht eindrucklich. In zwei Fällen (2,7) fehlte der Vater völlig: Bei Herrn W. war er im zweiten Weltkrieg gefallen, als der Patient gerade ein Jahr alt war, und bei Herrn L., der damals erst zwei Jahre alt war, hatte sich die Mutter von ihm scheiden lassen. In zwei weiteren Fällen (1, 6) hatte der Vater kaum

Interesse an der Erziehung seines Kindes; er war meist beruflich beschäftigt und wollte, wenn er zuhause war, seine Ruhe haben. Beide Patienten erzählen, sie hätten fast nie Kontakt mit ihrem Vater gehabt. Drei weitere Väter werden als herrisch, z.T. sogar tyrannisch und brutal beschrieben (3,4,8). Herr F. (8) schildert das extreme Verhalten seines Vaters folgendermaßen: "Er sei ein Familientyrann gewesen. Wenn er abends nach der Arbeit nach Hause gekommen sei, habe er seine Beine hochgelegt, keinen Finger mehr gerührt und geschimpft, wenn das Essen nicht gleich fertig gewesen sei. Immer seien von ihm Vorschriften und Befehle ausgegangen, denen man un- widersprochen Folge zu leisten hatte. Da der Patient für wirk- liche oder vermeintliche Vergehen von seinem Vater fast immer geschlagen worden sei, habe er, der tagsüber bei den Großeltern gelegt habe, stets Angst gehabt, wenn er abends nach Hause gekommen sei". "Das war seine Art der Erziehung, er wollte nur seine Ruhe haben".

Während zum Vater also oft kein tragendes emotionales Ver- hältnis aufgebaut werden kann (GRACE, 1953; COHN, 1970) scheint die Mutter durch ihr, als dominierend, überkorrekt, fordernd und kontrollierend beschriebenes Wesen, einerseits dem Kind emotionale Zuwendung zumeist nur als Belohnung für anpassendes Verhalten zu gewähren (FORD, 1969) während sie andererseits die für die Persönlichkeitsentwicklung des Kleinkindes so wichtigen Autonomiebestrebungen nicht zur Entfaltung kommen läßt, wobei auch ihr possessives und überhütendes Verhalten eine Rolle spielen können.

3. Innerfamiliäre Situation

Nur sporadisch finden sich in den vorliegenden Berichten Hinweise auf die innerfamiliäre Situation, in die das Kind hinein geboren wird und in der es aufwächst. Bei 13 diesbe- züglichen Beschreibungen (KRAFT, 1964; COHN, 1970; JOST, 1968; RIEMER, 1960; MERSEREAU, 1963; GRACE, 1953; STEWART, 1949) wird in zehn Fällen über ständige familiäre Streitereien berichtet,

die von den Patienten als äußerst belastend empfunden wurden. Dies kann jedoch nicht als spezifischer prädisponierender Faktor für die Enteritis regionalis gewertet werden. Bei den elterlichen Streitigkeiten tendieren die als fordernd und possessiv beschriebenen Mütter dazu, ihr Kind in der Auseinandersetzung zu benutzen und als "Trumpf" gegen den Vater einzusetzen. Diese Mütter neigen dazu, ihre Macht über das Kind für sich zu gebrauchen und ihm die Anerkennung als autonome Person vorzuenthalten (PAULLEY, 1959).

Die aufgrund unserer Untersuchungen möglichen Aussagen müssen mit Zurückhaltung betrachtet werden, da sie sich auf die Exploration der jeweiligen Patienten stützen und keine unmittelbaren Beobachtungen der Familiensituation vorliegen. Außerdem wäre dies für die unserer Meinung nach wichtigste Periode, nämlich die der frühkindlichen Entwicklung der Patienten wegen des retrospektiven Charakters der Studie gar nicht möglich gewesen. Trotzdem sollen innerfamiliäre Parameter während der ersten Kindheitsjahre der Patienten nochmals kurz erwähnt werden:

Fall 1: Die Mutter des Patienten ist die zweite Frau des Vaters; über die Gründe der Scheidung hat der Patient nie etwas erfahren. Die Geschäfte des Vaters, er besitzt eine Lederwarenfabrik, gehen schlecht, er muß später auch Konkurs anmelden, sich vor Gericht verantworten und eine Haftstrafe verbüßen. Der Patient, der mit seinem Vater kaum Kontakt hat, entwickelt sich zum Einzelgänger und scheint nur zu seiner Schwester Vertrauen fassen zu können. Mit Beginn der Gymnasialzeit schickt man ihn in ein Internat.

Fall 2: Die als hektisch und zwanghaft beschriebene Mutter flieht während des zweiten Weltkrieges aus dem Osten und ist in dieser Zeit bereits schwanger. Ein Jahr nach der Geburt des Patienten fällt der Vater im Krieg, Mutter und Kind bleiben in bitterer Armut zurück.

Fall 3: Da sich die Mutter meist um das Geschäft, eine Gärtnerei, zu kümmern hat, werden der Patient und seine Geschwister von Kindermädchen betreut. An ihnen hängt er weitaus mehr als seine Geschwister, so daß er unter dem häufigen Wechsel der Mädchen besonders leidet. Die Mutter wird als launisch beschrieben, der Patient kann sich nur schwer auf sie einstellen. Der Vater ist streng, manchmal sogar brutal.

Fall 4: Harmonische, unauffällige Familiensituation.

Fall 5: Die Familie durchlebt die Nachkriegszeit in bitterer Armut. Deshalb wird der Patient im Alter von drei Jahren zusammen mit seinem älteren Bruder zu einer Tante nach Holland geschickt. Drei Jahre lang lebt er getrennt von seinen Eltern.

Fall 6: Die Mutter muß wegen der unbeabsichtigten Schwangerschaft bereits mit 17 Jahren heiraten und übergibt die Patientin vier Wochen nach der Geburt ihrer Mutter in Pflege. Wegen eines geplanten Hausbaus geht sie weiter zur Arbeit und kann das Kind nicht selbst versorgen. Im Alter von sechs Jahren muß die Patientin trotz heftigen Widerstandes zurück zu den Eltern in das inzwischen fertiggestellte Eigenheim.

Fall 7: Der Patient kommt unerwünscht zur Welt, als seine Mutter bereits 36 Jahre alt ist. Zwei Jahre später läßt sie sich von ihrem Mann - angeblich wegen dessen Untreue - scheiden. Sie ist zunächst als Heimarbeiterin tätig und nimmt bei Schulbeginn des Patienten eine Ganztagsstelle an, so daß dieser den Nachmittag bei den Großeltern verbringen muß.

Fall 8: Kurz nach der Geburt des Patienten geht seine Mutter wieder ganztätig zur Arbeit, da das verdiente Geld für einen geplanten Hausbau benötigt wird. Das Kind ist tagsüber bei den Großeltern, abends kommt es nach Hause ißt und geht anschließend ins Bett. Vor dem

tyrannischen Vater hat es Angst. Ein Familienleben kommt nicht zustande.

Die Patienten unserer Fallbeschreibungen kamen also überwiegend in einer für sie ungünstigen Umgebung zur Welt. Die Eltern hatten wegen beruflicher Pläne, finanzieller Schwierigkeiten und Verpflichtungen oder wegen Auseinandersetzungen untereinander wenig Zeit für sie, so daß Pflege und Erziehung häufig von dritten übernommen wurden. Trotzdem schienen manche Eltern - unter Umständen aus Schuldgefühlen - in der verbleibenden Zeit oder nach Überwindung der Schwierigkeiten ihre Erziehungsgrundsätze besonders korrekt durchführen zu wollen. Es muß jedoch betont werden, daß diese widrigen "äußeren" Umstände sicherlich keine "Conditio sine qua non" für die prä-morbide Persönlichkeitsentwicklung des Crohn-Patienten darstellen. Mindestens genauso wichtig dürfte die "innere" Einstellung der Erziehenden den Kindern gegenüber sein, die Art wie sie ihren Strebungen nach Liebe und Geborgenheit aber auch nach Selbstentfaltung und Unabhängigkeit begegnen.

4. Frühkindliche Entwicklung

Obwohl hierzu nur sehr spärlich Literatur vorliegt und die folgenden Einzelheiten deshalb nur als vorläufige Eindrücke und Hinweise für notwendige weitere Untersuchungen gewertet werden können, ergeben sich bei den verschiedenen Autoren doch einige Parallelen. In vielen Familien von Crohn-Patienten scheint Wert auf eine frühe Sauberkeitserziehung gelegt zu werden. Die Kinder scheinen nur eine sehr kurze oder keine Trotzphase zu durchleben, sie wirken oft ausgesprochen gehorsam, überangepaßt und opponieren kaum (KRAFT, 1964, GRACE, 1953). SPERLING schreibt dazu in ihrer ausführlichen Studie: "Bereits als Kind ließ er sich Erregungen nicht anmerken ... er hatte sehr früh gelernt, Emotionen zu kontrollieren und zurückzuhalten. Er war ein sehr braves Kind. Autorität akzeptierte er stets und rebellierte nie. Man sagte, er sei ein gescheites Kind, weil

er früh sauber war ... Sein jüngster Bruder wurde geboren, als er gerade zweieinhalb Jahre und damit auf dem Höhepunkt seiner analen Phase war. Es gab für ihn nur einen erfolgreichen Weg, mit dem kleinen Brüderchen um die Gunst der Mutter zu wetteifern. Er mußte seinen analen Impulse unterdrücken und ständig gutmütig und nachgiebig sein". SPERLING interpretiert das überangepaßte Verhalten des Kindes also als einzige Möglichkeit, von der dominierenden und kontrollierenden Mutter mit emotionaler Wärme versorgt zu werden.

Mc MOHAN (Mc MOHAN, 1973) verglich Persönlichkeitszüge und Abwehrmechanismen von Crohn-Patienten mit denen gesunder Geschwister. Bei 35 von insgesamt 75 definierten Persönlichkeitszügen zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede. Die Patienten waren viel mehr als ihre Geschwister bemüht, den Eltern zu gefallen und ihren Erwartungen entsprechend zu leben. Sie hatten die Stufe der Idealisierung der Eltern nicht überwunden und konnten ihre Identität nur durch den Schutz und die Billigung von Seiten der elterlichen Autorität aufrecht erhalten. Sie machten im Gegensatz zu den gesunden Geschwistern keine rebellische Pubertätsentwicklung durch und schienen den Kampf um eine eigenen Identität als psychisch autonome Individuen aufgegeben zu haben. Auch die Entwicklung reifer Beziehungen beschränkten sie auf ein Minimum. Im Gegensatz dazu machten die gesunden Geschwister eine normale Adoleszenzentwicklung mit einer typischen Auflehnung gegen elterliche Normen und Bildung einer Erwachsenenidentität durch.

Wir konnten ebenfalls in einer Mehrzahl der Fälle das Fehlen einer Trotzphase oder ihre nur schwache Ausprägung registrieren. Die Patienten waren als Kinder in der Regel äußerst "brav", opponierten kaum und zeigten nur sehr selten Aggressionen. Die Autonomiebestrebungen, die sich üblicherweise in der sog. Individuations- oder analen Phase, also ab dem zweiten

Lebensjahr, zu regen beginnen, scheinen von den zwanghaften, possessiven Erziehern gehemmt und mit negativen Inhalten belegt worden zu sein. Aufkeimender Trotz wurde entweder durch die dominierende Mutter oder durch einen überstrengen Vater erstickt. Zu einem offenen Widerspruch scheint es darüber hinaus bei vielen Patienten in dieser Entwicklungsphase erst gar nicht zu kommen, vielmehr ist häufig ein starkes Abhängigkeitsverhältnis zu den Bezugspersonen zu registrieren, und das Kind merkt durch das Verhalten dieser Bezugspersonen sehr bald, daß seine Widerspenstigkeit mit Liebesentzug und damit letztlich sogar der Gefahr des Objektverlustes geahndet würde.

Die starken Abhängigkeitsstrebungen zeigen sich bei mehreren Patienten in der frühesten Kindheit an den ausgeprägten und offensichtlich nur unzureichend befriedigten oral-abhängigen Bedürfnissen. Die Fallbeschreibung 7 gibt hierzu ein anschauliches Beispiel: "Herr L erzählt, seine Verwandten hätten bemerkt, daß er als Säugling oft geweint habe und sehen den Grund dafür darin, daß er zuwenig zu essen bekommen habe. Sei er gefüttert worden, so habe er sofort aufgehört zu weinen. Auch er selbst könne sich noch erinnern, als Kind 'immer Hunger gehabt' zu haben, obwohl er nie untergewichtig gewesen sei, die Mutter ihn also gut versorgt habe. Einen Sauger habe er allerdings noch im Alter von vier Jahren benutzt".

Als weitere Illustration kann der Fall 6 gesehen werden: Da die erst 17-jährige Mutter aufgrund schlechter finanzieller Verhältnisse nach der Geburt der Patientin wieder zur Arbeit gehen mußte, stillte sie den Säugling nach vier Wochen ab und übergab ihn der Großmutter zur Pflege. Diese habe die Patientin "gut versorgt" und vor allem sehr auf sie aufgepaßt und sie nie alleingelassen. Die Großmutter habe gesagt: "Gerade weil du nicht mein eigenes Kind bist, muß ich besonders auf dich aufpassen". Sie habe deshalb nie ohne Begleitung das Haus verlassen und zu den Nachbarkindern zum Spielen gehen dürfen.

Konflikte habe es wegen dieser Beschränkung nicht gegeben, da die Patientin ohnehin ein recht anhängliches Kind gewesen sei. Sie habe zumeist am Rockzipfel der Großmutter gehangen, sei extrem brav gewesen und habe nie Widerspruch geleistet. Da sie bereits als kleines Kind ihre Kleider nur sehr selten schmutzig gemacht habe, sei sie wegen ihrer Sauberkeit und Ordnungsliebe gelobt worden. Auf einen Sauger habe sie allerdings auch im Alter von fünf Jahren noch nicht verzichten können, und da sie ihn stets nach kurzer Zeit zerbissen habe, sei die Mutter über den "hohen Verbrauch" recht verwundert gewesen. Mit sechs Jahren mußte die Patientin trotz heftigen Widerstandes zurück zu ihrer Mutter. Als die Eltern kurze Zeit später einmal abends ausgegangen waren und die Patientin allein zu Hause blieb, erlebte sie zum ersten Mal die panische Angst vor dem Alleinsein, die sie auch heute, im Alter von 23 Jahren, noch plagt.

Wir sehen also bei dieser Patientin im Anschluß an eine frühe Irritation in der Objektbeziehung eine Persistenz starker oral-abhängiger und symbiotischer Strebungen, die ein Aufkommen der, für die Individuationsphase typischen Regungen aus Angst vor Objektverlust nicht zuläßt. Als indirekte Bestätigung dieser Hypothese kann die weitere Persönlichkeitsentwicklung dieser Patientin gesehen werden, die durch das Vorherrschen von Zwangsstrukturen und vor allem symbiotischer Objektbeziehungen gekennzeichnet ist. Der Frage, ob ähnliche Aspekte der Persönlichkeitsstruktur auch bei anderen Crohn-Patienten nachweisbar sind, soll im folgenden Kapitel nachgegangen werden.

IV Persönlichkeitsstruktur

FELDMAN (FELDMAN, 1967) betrachtete 17 von 19 untersuchten Patienten als im wesentlichen "normal" und CROCKET (CROCKET, 1952) fand keine für Crohn-Patienten charakteristische Per-

sönlichkeit. Alle übrigen Literaturhinweise sowie die von uns vorgenommenen Untersuchungen lassen demgegenüber eine Häufung gewisser Persönlichkeitsmerkmale erkennen.

1. Emotionale Unreife

Begriffe wie "Unreife", "emotionale Unreife" und "unreife Persönlichkeit" tauchen bei Persönlichkeitsanalysen von Patienten mit Enteritis regionalis des öfteren auf (STEWART, 1949; PAULLEY, 1958 und 1971; BOCKUS, 1945 und 1964). Da konkrete Erläuterungen solcher Metaphern jedoch meist fehlen, erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß damit vorwiegend ein subjektiver Gesamteindruck des Beschreibenden zum Ausdruck kommen sollte. BOCKUS (BOCKUS, 1945) schrieb z.B. im Jahr 1945, die hervorstechendsten Persönlichkeitszüge des Crohn-Patienten seien Angst und emotionale Unreife. Im Jahre 1964 schließlich konkretisierte er letzteres als emotionale Labilität, die unter anderem durch unreife Reaktionen gegenüber Streß charakterisiert sei. Nach PAULLEY (PAULLEY, 1971) wird die Unreife oft signalisiert durch Teddybären und Stofftiere, die das Bett erwachsener Frauen schmücken, während Männer z.B. Photos auf den Nachttischen haben, auf denen Pfadfinder oder die eigene Mutter abgebildet sei. Insgesamt wird damit jedoch nicht die Frage beantwortet, ob Crohn-Patienten überproportional häufig einen - vorwiegend psychischen - Reifungsrückstand aufweisen, in welchen Reaktionen und Verhaltensweisen er sich konkret äußert und wodurch er verursacht wird.

2. Passivität, Abhängigkeit und Pseudounabhängigkeit

Nachdem bei Patienten mit Colitis ulcerosa regelmäßige Persönlichkeitszüge wie Abhängigkeit und Passivität beschrieben wurden, erscheint die Frage nach entsprechenden Parallelen beim M. Crohn interessant.

In einer erst kürzlich durchgeführten Studie fand FELINE (FELINE, 1979) lediglich in fünf von 13 Fällen Merkmale wie Passivität und Abhängigkeit.

KRAFT (KRAFT, 1964) schilderte einen Crohn-Patienten als passiv-aggressive Persönlichkeit mit ausgeprägten Abhängigkeitsstrebungen, der wenig Ehrgeiz und Energie zeigte und dessen Denken von der Vorstellung eigener Unzulänglichkeit und Passivität bestimmt wurde. COHN (COHN, 1970) sah in seiner Untersuchung ebenfalls grundlegende oral-passive Merkmale im Vordergrund, während PAULLEY (PAULLEY, 1948, 1959, 1971) immer wieder auf die abnorme Abhängigkeit des Kranken mit Enteritis regionalis hinweist. Letzteres kann sich nach RIEMER (RIEMER, 1960) auch in einer überintensiven Bindung an die Familie bemerkbar machen, wobei das Nicht-lösen-können solcher Abhängigkeiten zu einem Entwicklungshindernis mit entsprechenden Konflikten werden kann. STEWART (STEWART, 1949) gab in seinen Fallbeschreibungen ein entsprechendes Beispiel: "Trotz der offenen Feindseligkeit zwischen dem Patienten und seiner Mutter beschrieb er sich als abhängig von ihr, so daß ihre Anwesenheit ständig notwendig sei". Recht häufig scheinen Crohn-Patienten dieses Dilemma durch Anpassung lösen zu wollen. So fand GOLDBERG (GOLDBERG, 1970) bei seinen Patienten in 40 % der Fälle eine vorwiegend passiv-abhängige Adaptation. FORD (FORD, 1969) meinte, Crohn-Patienten fänden es außerordentlich schwierig, ohne die Unterstützung anderer zurecht zu kommen. Er fand bei seiner Untersuchung regelmäßig Abhängigkeitskonflikte und beschrieb diese in elf von 17 Fällen als besonders herausragend. Schließlich sei die Studie SHEFFIELDS (SHEFFIELD, 1976) erwähnt, in der in diesem Zusammenhang bemerkt wurde: "Die meisten der Patienten waren überaus passiv, abhängig und schüchtern ...".

Somit ergeben sich deutliche Hinweise auf eine abnorme Ab-

hängigkeit, die sich insbesondere in fast symbiotischen Bindungen an Familienmitglieder ausdrücken kann, wobei es neben einer rein passiven Adaptation aber durchaus auch zu einem konflikthaften Erleben solcher Zustände kommen kann.

Bei sechs unserer acht Fälle waren zum Teil deutliche Abhängigkeitskonflikte zu beobachten. Dabei konnte es einerseits, anschließend an starke oral-abhängige Strebungen der frühen Kindheit, zur Entwicklung einer offenen, passiven Abhängigkeit von den wichtigsten Bezugspersonen im Sinne einer symbiotischen Objektbeziehung kommen. Bei Frau L. (6) sind diese Persönlichkeitszüge so vorherrschend, daß nur durch ständige Anwesenheit einer Bezugsperson massive Angstzustände vermieden werden können. Das wichtigste an ihrem Ehemann ist ihr folglich seine möglichst ständige physische Anwesenheit, die sexuellen Aspekte der Ehe werden als unvermeidliches Übel hingenommen. Seit die Patientin wegen ihrer Erkrankung arbeitsunfähig ist, verbringt sie den ganzen Tag wieder bei ihren Eltern. Sie ist eher glücklich, daß "alles wieder wie früher" ist und meint: "Meine Mutter hat sich seit der Geburt meiner Schwester ihr mehr zugewandt, aber seit ich krank bin, bin ich wieder der Liebling".

Andererseits empfinden vor allem aktivere Patienten diese Abhängigkeit als Erniedrigung. Es kommt zu einem narzißtischen Protest, und als Gegenreaktion wird eine Pseudo-Unabhängigkeit in den Vordergrund gestellt. Herr L. (7) bekam z.B. die ersten Krankheitssymptome, als er in der Bundeswehr immer wieder Situationen ausgesetzt war, die sein Selbstwertgefühl erniedrigten. Er setzte sich anfangs dagegen zur Wehr, wurde aber dann damit bestraft, daß er Ausgangsverbot bekam und somit nicht zu seiner Familie nach Hause fahren konnte. Damit traf man ihn an seiner empfindlichsten Stelle, denn es war ihm das Wichtigste, so oft wie nur möglich heim zu seiner Familie zu dürfen. Er schätzt die Fürsorglichkeit seiner Frau

sehr, meint aber: "Eigentlich bin ich in manchen Dingen sogar von meiner Frau abhängig, aber ich würde ihr das nie zeigen. Sie braucht das nicht zu wissen".

Die Ambivalenz zwischen Abhängigkeitsgefühlen und dem Wunsch nach Unabhängigkeit läßt auch die Fallbeschreibung 8 gut erkennen. Herr F. erzählt, Unabhängigkeit sei ihm das Wichtigste. Er sei z.B. auch von seiner Freundin "völlig unabhängig". Genauso wichtig sei ihm aber auch die Gewißheit, jemanden zu haben, der für ihn da sei. Es wäre "furchtbar" wenn er keinen Menschen hätte, an den er sich mit Problemen wenden könne. Jetzt, während des Krankenhausaufenthaltes, sei ihm der Gedanke sehr wichtig, daß seine Freundin komme, um ihn zu besuchen und daß er später wieder bei ihr zu Hause sei. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang, daß der Patient seine ersten Krankheitssymptome bemerkte, als seine Freundin sich nicht zwischen ihm und einem anderen Verehrer entscheiden konnte und im gleichen Zeitraum seine Mutter plötzlich an Leukämie verstarb.

In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Häufung der Ermanifestationen in der dritten Lebensdekade hingewiesen. In diesem Zeitraum erfolgt meist der entscheidende Schritt zur Verselbständigung, sei es durch Trennung von den Eltern, Heirat, Zeugung eigener Kinder, beruflicher Bewährung usw., d.h., der nicht vollzogene Loslösungsprozeß wird durch die Wirklichkeit erzwungen.

3. Unfähigkeit, Gefühle und Aggressionen zu zeigen

COHN (COHN, 1970) fand bei allen 12 von ihm untersuchten Patienten ein Fehlen von Aggression und bei jeweils elf Crohn-Patienten unterdrückte Wut und eine Verneinung von Gefühlen. KRAFT (KRAFT, 1964) berichtete von einem jungen Mann, mit Enteritis regionalis, der wenig Affekt zeigte und nur selten zornig war. Diese Eigenschaften wurden von MELITTA SPERLING (MELITTA SPERLING, 1960) in ihrer Beschreibung

der analytischen Therapie eines Crohn-Patienten noch eindringlicher dargestellt. Sie schreibt: "Zuerst ging es in der Analyse um seine Unfähigkeit, sich auszudrücken und Gefühle zu zeigen. Er sagte, er habe schon so lange keine Gefühle mehr ausgedrückt oder gezeigt, daß er jetzt tatsächlich keine mehr habe. Er erinnerte sich, schon immer so gewesen zu sein, auch als Kind habe er nie Erregung gezeigt... Auf diese Weise hatte er schon sehr früh gelernt, seine Erregung zu kontrollieren und zurück zu halten. Er war immer ein sehr gutes Kind, er akzeptierte stets Autorität und rebellierte nie".

Das Nicht-Zeigen oder Nicht-Vorhandensein von Gefühlen, evtl. verbunden mit unterdrückter oder projizierter Wut, wird auch von GOLDBERG (GOLDBERG, 1970), JOST (JOST, 1968) und STEWART (STEWART, 1949) erwähnt. PAULLEY (PAULLEY, 1959) neigt wie Sperling dazu, dies als Anpassungsmechanismus zu interpretieren. Er beschreibt den Fall einer Patientin, die im Alter von einem Jahr ihren neugeborenen Bruder aus Eifersucht so wirkungsvoll attackierte, daß dieser schließlich zu einem Psychiater gebracht werden mußte. Vielleicht bedingt durch den Druck ihrer Eltern - so meint PAULLEY - habe die Patientin dann ihr gesamtes Verhalten geändert und nie mehr ihre Gefühle gezeigt.

Vergegenwärtigt man sich die gleichzeitig bestehenden oral-abhängigen Bedürfnisse der meisten Patienten und die obsessive Familienstruktur, so wird erklärlich, daß zur Vermeidung von Objektverlust und zur Erlangung emotionaler Zuwendung keine Gefühle gezeigt werden dürfen, die eine Gefährdung der mitmenschlichen Beziehungen zur Folge haben könnten.

Alle acht Patienten, die wir einer Exploration unterzogen, zeigten ohne Ausnahme eine Unterdrückung von Gefühlen, insbesondere von Aggressionen. Sie erschienen dem Außenstehenden

als höfliche, äußerst kooperative, nie nörgelnde Menschen, die trotz häufiger starker Beschwerden und erheblicher Einschränkung der Lebensfreude aufgrund der chronischen Erkrankung nie ungeduldig oder aggressiv wirkten und nie "aus der Rolle" fielen. So wird verständlich, daß manche Autoren gar von einem völligen Fehlen von Gefühlen im Sinne einer Alexithymie sprachen. Bei näherer Betrachtung konnten in unseren Fällen jedoch regelmäßig starke Emotionen, darunter auch Aggressionen nachgewiesen werden. Die Patienten meinten, sie seien stets bestrebt, sich vorhandene und vor allem negativ gefärbte Gefühle nicht anmerken zu lassen.

Dabei kann die Aggressionshemmung, wie bei Frau L. (6), deren extreme oral-abhängige Bedürfnisse sich in einer symbiotischen Beziehung zur Mutter widerspiegeln, so vollständig sein, daß entsprechende Gefühle dem Patienten nur noch selten bewußt werden. Andererseits kann aber auch die Unfähigkeit, seinen Gefühlen Ausdruck verleihen zu können, vor allem bei Auseinandersetzungen als sehr schmerzlich und erniedrigend erlebt werden und zu tagelangen Grübeleien über das eigene Versagen und depressiven Verstimmungen führen. Diese Patienten scheinen auch ihre Abhängigkeitsbedürfnisse nicht völlig passiv hinnehmen zu wollen und legen deshalb häufig eine Pseudounabhängigkeit an den Tag. Als Beispiel sei in diesem Zusammenhang Herr L. (7) angeführt, dessen Krankheitsbeginn in seine Wehrdienstzeit fiel, in der er viele kränkende, das Selbstwertgefühl verletzende Situationen ertragen mußte, seinen Aggressionen jedoch nicht freien Lauf lassen konnte. Er meinte: "Konflikte trage ich nicht offen aus, obwohl ich in Bezug auf Kränkungen recht empfindlich bin. Es braucht jemand beim Kartenspiel z.B. nur zu sagen, "das ist doch Mist, was du spielst", so bin ich schon gekränkt, lasse mir das aber nicht anmerken. Generell lasse ich mir meine Gefühle nicht anmerken, das könnte als Schwäche ausgelegt und ausgenutzt werden. Lieber schlucke ich den Ärger in mich hinein".

Oder betrachten wir uns die letzte Fallbeschreibung. Herr F.(8) hatte als Gewerkschaftsvertreter und Vertrauensmann wegen einer beabsichtigten Streichung von Leistungszuwendungen mit seinem Vorgesetzten eine Auseinandersetzung, die er so schilderte: "Der Chef hat sich fürchterlich aufgeführt, herumgeschrien und mit der Faust auf den Tisch geschlagen. Ich dagegen bin äußerlich ganz ruhig geblieben. Ich habe mir nichts anmerken lassen, obwohl ich innerlich gekocht habe". Kurz nachdem er das Chef-Zimmer verlassen hatte, kam es erneut zu Bauchschmerzen und Durchfällen.

4. Höflichkeit, Unterwürfigkeit, "Friedensstifter"

In engem Zusammenhang mit der Hemmung der eigenen Aggressionen steht das häufig beobachtete Streben des Crohn-Patienten nach einer - wenn auch oft nur oberflächlichen - zwischenmenschlichen Harmonie, dem sogar eigene Positionen, Wünsche und Bedürfnisse geopfert werden. COHN (COHN, 1970) fand bei neun von 12 untersuchten Patienten eine auffallende Höflichkeit und bei sieben eine gewisse Gefallsucht. KRAFT (KRAFT, 1964) fand bei drei von acht explorierten Fällen eine auffallende Höflichkeit. Dies wurde von RIEMER bestätigt, der alle drei von ihm beobachteten Patienten als freundlich und unterwürfig betrachtete und bei einem sogar eine Neigung zu übertriebener Höflichkeit und ausgeprägter Ehrerbietigkeit feststellte.

Die negativen Folgen einer derartigen Unterwürfigkeit beschrieb RIEMER folgendermaßen: "Wegen seiner Unterwürfigkeit bedrängte ihn sein Chef ständig, länger als die anderen Angestellten im Betrieb zu bleiben. Er war sich dieser Ungerechtigkeit bewußt, hatte jedoch nicht genügend Mut, seinen Unmut offen auszusprechen".

BOCKUS (BOCKUS, 1964) bemerkte, man treffe bei Crohn-Patienten nur selten auf den klassischen neurotischen Nörgler und PAULLEY (PAULLEY, 1958, 1959, 1971) betonte wiederholt die

Unfähigkeit der an Enteritis regionalis erkrankten Menschen, Zank, Auseinandersetzung und harte Worte gegen sich oder in seiner Umgebung zu ertragen. Sie würden sich bei jeglichem Streit rasch aufregen und dann dazu tendieren, die Rolle des Friedensstifters zu übernehmen.

Die übertriebene Angst vor zwischenmenschlichen Auseinandersetzungen war auch bei den von uns beobachteten Crohn-Patienten der Grund, Konflikten möglichst aus dem Weg zu gehen und bei einer sich anbahnenden Auseinandersetzung sich entweder zurückzuziehen oder, wenn eine Vermeidung nicht möglich war, ausgleichend zu wirken und den Streit zu schlichten.

5. Selbstunsicherheit, Schüchternheit

Zusammen mit der scheinbaren Aggressionslosigkeit und der ausgeprägten Höflichkeit sehen manche Autoren auch eine Komponente der Zurückgezogenheit, Selbstunsicherheit und Schüchternheit im Wesen des Crohn-Patienten. Neben STEWART (STEWART, 1949), GOLDBERG (GOLDBERG, 1970), SHEFFIELD (SHEFFIELD, 1976) und JOST (JOST, 1968), der in einem Drittel der Fälle selbstunsichere Charakterzüge beschrieb, schildert auch GRACE (GRACE, 1953) die Persönlichkeit eines Crohn-Kranken, der als Kind schon zaghaft und verträumt war und in der Schule regelmäßig als Vorbild an Anstand herausgestellt wurde. Er wurde leicht verlegen und war ständig in der Sorge, er könnte Aufsehen erregen. Sein Beruf als Architekt enttäuschte ihn, da auf soziale Kontakte als Voraussetzung beruflichen Erfolgs, großer Wert gelegt wurde.

Dieses Vermeiden mitmenschlicher Kontakte, von JOST auch Neigung zu autistischen Verhalten genannt, führt BOCKUS (BOCKUS, 1964) eher auf das Bemühen des Crohn-Patienten zurück, seine enorme Empfindsamkeit zu verbergen und sie nicht den Unbeständigkeiten üblicher zwischenmenschlicher Beziehungen auszusetzen. Wörtlich schreibt er dazu: "Sie sind häufig zarte

Seelen, geben sich große Mühe, ihre überaus sensible Natur zu verbergen, vermeiden die Wechselfälle der gewöhnlichen Lebensbeziehungen und versuchen, sich von den alltäglichen emotionalen Zusammenstößen mit anderen abzuschirmen. Sicherlich müssen diese Merkmale einen wesentlichen Bestandteil der Persönlichkeit und des emotionalen Rahmens des Leidenden darstellen".

6. Zwanghaftigkeit

Es wurde beim Kapitel Elternpersönlichkeiten bereits darauf hingewiesen, daß besonders die Mutter von Crohn-Patienten auffallend häufig durch zwanghafte Persönlichkeitszüge gekennzeichnet sind und unter anderem bei ihren Kindern auf ein frühes Sauberkeitstraining großen Wert legen. Da andererseits bei seelisch mitbedingten Krankheiten, die mit Obstipation oder Diarrhoen einhergehen, der Ausgangspunkt psychodynamischen Geschehens von vielen Autoren in einem Konflikt in der analen Phase der Kindheitsentwicklung gesehen wird, erscheint der Aspekt des Zwanghaften im Wesen des Crohn-Kranken selbst von erheblichem Interesse.

COHN fand in seiner Studie bei 12 untersuchten Patienten in fünf Fällen zwanghafte Züge, während FORD (FORD, 1969) dies bei 14 von insgesamt 17 Patienten entdeckte. Auf eine ähnliche hohe Rate kommt auch JOST (JOST, 1968), der in elf von 15 Fällen zwanghafte Persönlichkeitszüge beschrieb. Er wies auf die sehr genaue, überordentliche Arbeitsweise der Patienten hin. Als besonders eindrucksvolles Beispiel erwähnte er eine Frau, unter deren Putzfimmel die gesamte Familie zu leiden hatte und die ihre Kinder bis zum zehnten Lebensjahr täglich mit Sagrotan abzuwaschen pflegte. Ein ständiges zwanghaftes Sich-Sorgen-Machen beschrieb COHN bei zehn der 12 Patienten, und FORD (FORD, 1969) verwies auf einen Fall, bei dem den Krankheitsrückschlägen regelmäßig Perioden zwanghaften Grübelns über Probleme vorausging, für die der Patient keine Lösung

finden konnte, die er aber auch nicht mit anderen Personen besprach. Berücksichtigt man zusätzlich noch entsprechende Hinweise in den Studien von KRAFT, RIEMER, MERSEREAU und STEWART, so wird eine deutliche Häufung zwanghafter Persönlichkeitsmerkmale bei den diesbezüglich untersuchten Crohn-Patienten evident.

Wir fanden zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale mit einer Ausnahme bei allen Patienten, und zwar viermal in mäßiger und dreimal in starker Ausprägung. Im Vordergrund standen überkorrektes Arbeiten, Ordnungsliebe, Sparsamkeit sowie übertriebenes Achten auf Sauberkeit.

Frau L. (6) beschreibt sich als überaus ordentlich und sauber "wie die Mutter", bei der "Sauberkeit das Wichtigste" sei. Die Patientin könne es z.B. nicht ertragen, wenn kleine Kinder zu Besuch kämen und ihre häusliche Ordnung durcheinander brächten, indem sie z.B. den Wohnzimmertisch mit ihren Händen verschmierten. Auch bei der Ausübung ihres Hobbys, dem Handarbeiten und Nähen, dulde sie nicht den kleinsten Fehler.

Herr W. (2), der die ärztlicherseits empfohlene schlackenarme Diät überaus exakt befolgt und dabei eine vom Arzt gar nicht geforderte extreme Konsequenz an den Tag legt, beschreibt sich als sehr ehrgeizig und gewissenhaft. Wenn eine Arbeit zu erledigen sei, habe er erst dann Ruhe, wenn alles bis aufs i-Tüpfelchen stimme und wenn er dabei bis tief in die Nacht hinein arbeiten müsse. Sein Beruf als Nähmaschinenmechaniker mache ihm Spaß. Er liebe das Herumtüfteln an großen, kompliziert gebauten Maschinen, wo er "wie ein Doktor" nach dem Fehler - oft einem winzigen Detail - zu suchen habe. Er sei nicht in der Lage, auch nur für ein paar Minuten zu entspannen und nichts zu tun. An jedem Sonntagmorgen habe er schon einen genauen Plan, was er - zusammen mit seinem Sohn - alles zu erledigen habe.

Die Exploration Herrn L's (7) zeigt eindringlich wie die zwanghafte Mutter durch ihre Erziehung auch bei ihrem Sohn obsessive Persönlichkeitsmerkmale formt (er sagt: "Ich habe viel von meiner Mutter"), die ihn wiederum in seinem Verhalten seiner kleinen Tochter gegenüber prägen. Der Patient erzählt, er sei sehr auf Ordnung bedacht, bei der Arbeit recht genau und manchmal vielleicht etwas kleinlich. Wenn er eine Arbeit anfangen könne er nicht aufhören, bevor er sie nicht fertiggestellt habe. "Es ist manchmal wie ein Zwang" meint er, denn er sehe ja ein, daß man eine Sache auch am nächsten Tag erst beenden könne. Die kleinsten Probleme ließen ihn oft stundenlang nicht los und wenn er sich auch noch so oft sage, sie seien doch gar nicht wichtig. Wenn seine Tochter unfolgsam sei, müsse sie zur Strafe ins Bett gehen. Diese Strafe verhängte er oft, da er bemerkt habe, daß sie am besten wirke. Das Kind bekomme zwar nie Schläge, aber er sei für eine harte Erziehung. Man dürfe den Kindern nicht alles durchgehen lassen. Seit dem zweiten Lebensjahr leide seine Tochter an Verstopfung, so daß er bei ihr schon fünfmal einen Darmeinlauf habe machen müssen. Obwohl sonst die Mutter für die Pflege des Kindes verantwortlich ist, hat der Patient diese Prozedur stets selbst vorgenommen.

V Überlegungen zur Psychodynamik

1. Das erweiterte Konversionsmodell

Überblickt man die geschichtliche Entwicklung in der psychosomatischen Medizin, so stellt die Konversion das erste Modell dar, das zur Erklärung seelischer Einwirkungen auf körperliche Vorgänge entwickelt wurde. Anhand der sog. hysterischen Symptombildung im Bereich der Sensomotorik stellte S. FREUD (G.W., I, S. 63) die Theorie auf, daß die Unschädlichmachung einer unerträglichen Vorstellung dadurch erfolge, daß die Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt werde, wofür er den Namen "Konversion" vorschlug.

FENICHEL (FENICHEL, 1954) meinte ergänzend, in der Konversion ereigneten sich symptomatische Veränderungen in den Körperfunktionen, die unbewußt und in entstellter Form vorher verdrängten Triebimpulsen zum Ausdruck verhelfen würden. Die Konversionssymptome seien ganz spezifische Repräsentanzen von Gedanken, die aus ihrer somatischen Sprache in die ursprüngliche Wortsprache zurückübersetzt werden könnten.

In Bezug zur Symptomatik der Enteritis regionalis erweist sich das Freud'sche Konzept allerdings als zu eng, da in ihm die Konversion als ein dem Wesen nach hysterischer Prozeß bezeichnet wird, mit allem was dieser Begriff umfaßt, nämlich phallische, in den Konflikten der ödipalen Phase wurzelnde Ausrichtung mit der Kastrationsangst im Mittelpunkt. Der "Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation" manifestiert sich dabei ausschließlich im Bereich der Willkürmotorik und nicht in dem des vegetativen Nervensystems.

Während FENICHEL, der "prägenitalen" Konversion nur die Stellung einer untypischen, sekundären und abweichenden Untergruppe der eigentlichen Konversion zugesteht (FENICHEL, 1954), betrachtet

RANGELL (RANCELL, 1978) den Konversionsvorgang als einen eigenständigen, vom Begriff der Hysterie abgelösten Mechanismus, der benutzt wird, um im gesamten Bereich der psychopathologischen Symptomatologie - also auch des vegetativen Nervensystems - verdrängte, nicht zugelassene Triebwünsche auszudrücken. Der Kernkonflikt, dem zu somatischem Ausdruck verholfen werde, sei dabei entweder auf der höchsten erreichten oder auf der regredierten Stufe zu suchen. Nach Meinung RANGELLS gibt es zum Beispiel in allen Fallberichten über Colitis ulcerosa abundante Hinweise auf den unaufhörlichen Kampf um die Analität, die sich in körperlichen Termini ausdrücke.

In diesem Zusammenhang können auch die Interpretationen M. SPERLINGS (SPERLING, 1960), die über eine mehrjährige analytische Behandlung eines Crohn-Patienten berichtet, eingeordnet werden. Sie sieht die Krämpfe und Durchfälle als eine Form der körperlichen Rebellion. Die unbewußte Bedeutung der Symptome liege in einer Art omnipotenten Kontrolle über frustrierende Objekte, indem man sie durch den Intestinaltrakt presse, entwerte und schließlich in Form von Faeces loswerde. SPERLING vermutete weiter, daß jede Situation, die der Patient in der Realität nicht unter Kontrolle halten zu können glaubte, in ihm ein unbewußtes Gefühl der Hilflosigkeit mit der Gefahr des Kontrollverlustes über die eigene Person hervorrief. Der Kampf um die Kontrolle würde dann körperlich auf der analen Ebene ausgetragen, auf der die Kontrolle über Sphinkter und Emotionen erlernt und erworben würden. Die Überfunktion des Colon wird also als somatische Repräsentanz für unterdrückte oder in der Realität nicht durchsetzbare Kontroll- und Machtwünsche angesehen. Die Regression gerade auf die anale Stufe erklärte SPERLING im beschriebenen Fall damit, daß der Patient bei der Geburt seines jüngeren Bruders gerade zweieinhalb Jahre und damit in der analen Phase gewesen sei. Um erfolgreich mit dem

kleinen Bruder um die Gunst der Mutter zu wetteifern, habe es nur eine Möglichkeit gegeben: Er mußte seine analen Impulse unterdrücken, ständig nachgeben, ein "gutes" Kind sein und konnte sich nie dem Mißfallen der Mutter aussetzen.

Um Störungen nicht nur im Bereich der Willkürmotorik sondern auch des vegetativen Nervensystems in das Konversionsmodell einbeziehen zu können, entwickelte ENGEL (ENGEL, 1951) weitere Überlegungen. Er stellte die Hypothese auf, daß Reaktionen der Haut auf Verletzung, die auch durch hypnotische Suggestion einer Verletzung hervorgerufen werden können, bei Konversionen ebenfalls auftreten könnten, wenn eine phantasierte Schädigung der Körperoberfläche eine Rolle spiele. Er erklärte damit Erscheinungen wie Hyperästhesie, Erytheme und Schwellungen, die gelegentlich am Ort eines Konversionsschmerzes gefunden werden (ENGEL, 1951). Unter Hinweis auf die "riddance patterns" (Ausstoßungsschemata) von WOLFF (WOLFF, 1961) übertrug er diese Vorstellungen unter anderem auch auf die Schleimhaut des unteren Darmtraktes. Die Wechselwirkungen zwischen diesen Erscheinungen und anderen bereits bestehenden pathogenen Mechanismen wie Immunreaktionen oder Hämostase könnten die Entstehung örtlicher Schleimhautschäden erklären. Es kann sich demnach die einer Konversion zugrunde liegende unbewußte Phantasie durch Erotisierung der örtlichen Schutzsysteme auf einen Körperteil konzentrieren, der zur Abwehr gegen Verletzung innerviert ist und nun reagiert, als ob die Verletzung wirklich stattgefunden hätte.

In einer Studie über die Zusammenhänge zwischen Streß und Darmfunktion griff PAULLEY die Hypothese WOLFFS auf (PAULLEY, 1959) und meinte, die Abstoßungsreaktion des Darmes als primitive Antwort auf Schadstoffe könne sich in späteren Jahren in Form von Diarrhoen wiederholen, wobei die schädigenden Stimuli dann in Form von Beleidigungen und angstein-

flößenden Situationen aufträten. Diese Konstellation gelte auch für den M. Crohn.

2. Das Ausstoßungsschema als Haltungsspezifität

Während ENGEL die oben erwähnte primitive Ausstoßungsreaktion ("riddance patterns") des Darmes bei Verletzung in die Theorie eines erweiterten Konversionsmodells einbrachte, sah WOLFF als der Erstbeschreiber die riddance patterns nicht in Zusammenhang mit oder gar als somatische Repräsentanz von unterdrückten Phantasien. Gemeinsam mit GRACE meinte er, die leibliche Reaktionsweise innerhalb eines psychosomatischen Geschehens sei an vorgeformte Bereitstellungen entsprechend den Cannon'schen Notfallfunktionen ("Kampf", "Flucht", "Rückzug" usw.) gebunden. Dabei stünde diese leibliche Reaktionsweise und damit auch die psychosomatische Krankheit, die auf eine Belastung folgt, in engem Zusammenhang mit der seelischen Haltung in der belastenden Situation. Der Ausdruck Haltung umfaßt dabei die Art, wie jemand eine Situation erlebt und sich in ihr verhält.

Anhand von vier Fallbeschreibungen untersuchte GRACE (GRACE, 1953) die seelische Haltung von Crohn-Patienten und beobachtete die Tendenz, Probleme und Konflikte durch einfache Distanzierung loszuwerden. Auch wenn dies mit Schaden und Verlust einhergeht, versuchen diese Patienten, aus einer spannungsgeladenen Situation durch eine selbstaufopfernde, zum Teil selbstzerstörerische Haltung davon zu kommen. Parallel hierzu sind als leibliche Reaktionsweise Krämpfe und Diarrhoen im Sinne einer primitiven Ausstoßungsreaktion zu sehen.

Damit ist - im Gegensatz zur vorherigen Theorie - die somatische Reaktion spezifisch für die Bedeutung der erlebten Situation, nicht aber für die Persönlichkeit im ganzen oder für bestimmte Konstellationen in der Kindheit. Wenngleich die Hypothese der Haltungsspezifität interessante psychophysiologische Aspekte mit der Betonung der Identität von leiblicher und seelischer

Aussage eröffnet, so gibt sie jedoch keine Hinweise auf die Fragen, unter welchen Bedingungen und in welcher Lebensphase sich diese Haltungsspezifität entwickelt und weshalb ursprünglich sinnvolle Reaktionen auf elementare Notsituationen plötzlich den Rang des Pathologischen erreichen.

5. Aggressionshemmungen als psychodynamischer Faktor

Wie schon erwähnt fällt bei Crohn-Patienten immer wieder ein zum Teil völliges Fehlen aggressiver Impulse innerhalb der Bandbreite der Emotionen auf. In einigen Fällen wurde lediglich das Fehlen von Wut und Aggressionen (COHN, 1970; KRAFT, 1964) bemerkt, die meisten Autoren (SPERLING, GOLDBERG, JOST, STEWART) sind jedoch der Auffassung, diese Gefühle würden lediglich unterdrückt. Auch RIEMER (RIEMER, 1960) machte entsprechende Beobachtungen und stellte die Hypothese auf, die als freundlich und unterwürfig erscheinenden Patienten würden ihre Aggressionen gegen die eigene Person richten, wodurch es zu einer Verstärkung der abdominalen Schmerzen und der Durchfälle käme. Er kristallisierte mehrere Formen unterdrückter Aggressivität heraus, die sich unter anderem in Wettbewerbsstreben, starker Selbstdisziplinierung und autoaggressiven Gedanken äußern sollen. Anhand einer Fallbeschreibung versuchte der Autor auch zu zeigen, warum diese unterdrückten Gefühlsregungen sich in einer gastro-intestinalen Symptomatik zum Durchbruch verhelfen: Der Patient hatte in frühester Kindheit unter verschiedenen gastrointestinalen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen, Aufstoßen und abdominalen Schmerzen zu leiden. Er war ein schlechter Esser und seine Mutter tanzte ständig mit einem Löffel in der Hand um ihn herum. RIEMER ist der Ansicht, daß der Patient schon in frühester Kindheit seine gastrointestinalen Symptome als Widerstand gegen elterliche Unterdrückung und gleichzeitig als Möglichkeit, erhöhte Aufmerksamkeit zu gewinnen einsetzte. Damit habe sich der Gastrointestinaltrakt zu einem Ausdrucks-

mittel seelischen Protests entwickelt.

Indem RIEMER die Ursache der somatischen Reaktion in einer psycho-somatischen Bedeutungskopplung in einer kritischen Entwicklungsphase der Kindheit sieht, bringt er im Gegensatz zu dem oben erwähnten Modell der Haltungsspezifität den Ansatz eines genetischen Aspektes ein.

4. ALEXANDERS Modell der Konfliktspezifität und spezifisch-dynamisches Grundschema der Diarrhoe

Obwohl ALEXANDER sich nicht über psychosomatische Aspekte des M. Crohn geäußert hat, sind sein Modell der Konfliktspezifität und seine Äußerungen über die Psychodynamik der Diarrhoe, im engeren auch der Colitis ulcerosa, von solch grundlegender Bedeutung, daß ihr Bezug zur Enteritis regionalis analysiert werden muß.

Zunächst unterscheidet der Autor in Anlehnung an FREUD klar zwischen Konversionssymptomen und Organneurosen, lehnt also eine Erweiterung des Konversionbegriffes auf Störungen viszeraler Organe ab. Er meint, Befürworter einer derartigen Begriffsausdehnung hätten der Tatsache keine Beachtung geschenkt, daß die vegetativen Organe vom autonomen Nervensystem gesteuert werden, das keine direkte Verbindung mit Denkprozessen besitzt. Deshalb sei ein symbolischer Ausdruck psychologischer Inhalte nur auf dem Gebiet der willkürlichen Innervation wie der Sprache oder der Ausdrucksbewegung bekannt (S. 21 f). Während also ein Konversionssymptom ein symbolischer Ausdruck eines emotional geladenen psychologischen Inhalts sei, bedeutet für ihn die vegetative Neurose nicht den Versuch, eine Emotion zum Ausdruck zu bringen, sondern ist die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Zustände.

Der Autor beschreibt nun in Anlehnung an CANNON (S. 36 f) zwei grundlegende vegetative Reaktionen auf emotionale Zustände und zwar einerseits die Vorbereitung auf Kampf oder Flucht in der Notsituation und andererseits das Zurückziehen von auswärts gekehrter Aktivität. Mit dem Ausdruck "vegetativer Rückzug" wird das paradoxe Verhalten neurotischer Personen verstanden, die in einer Krisensituation mit der Notwendigkeit konzentrierter Selbsterhaltungsanstrengungen nicht mit der vegetativen Vorbereitung auf Kampf oder Flucht reagieren, sondern sich von der Handlung gefühlsmäßig zurückziehen und die vegetative Haltung einnehmen, die für den ruhenden Organismus typisch ist. Als Beispiel für dieses Phänomen führt ALEXANDER das Verhalten eines Patienten an, der in einer Gefahrensituation Durchfall bekommt, statt in einer angebrachten Weise zu handeln. Statt einer Not- oder Gefahrensituation handelnd zu begegnen, vollführt er eine vegetative Leistung, für die er als kleines Kind gelobt wurde.

Da jeder emotionale Zustand sein eigenes physiologisches Syndrom hat (Lachen ist z.B. eine physiologische Reaktion auf Heiterkeit) kann die Diarrhoe in obigem Beispiel als vegetatives Äquivalent des Wunsches etwas zu leisten, um dafür gelobt zu werden, gesehen werden, auch wenn dieser Wunsch verdrängt ist und damit nicht den bewußten emotionalen Zustand widerspiegelt. Voraussetzung für die Regression auf eine "primitive" Form der Leistung ist allerdings eine Störung der Kindheitsentwicklung auf einer entsprechenden Stufe.

Aufgrund seiner Überlegungen kam ALEXANDER schließlich zu dem folgenden spezifisch-dynamischen Grundschema für die Diarrhoe:

Versagung oral-abhängiger Wünsche → oral aggressive Reaktion → Schuldgefühle → Angst → Überkompensation für die orale Aggression durch den Drang zu schenken (Wiedergutmachen) und zu vollbringen → Hemmung und Fehlschlag der Bemühung, zu geben und zu vollbringen

➔ Diarrhoe.

Der dem Symptom der Diarrhoe zugehörige verdrängte psychologische Faktor wird also in dem mächtigen Bedürfnis zu schenken und wiedergutzumachen gesehen, wobei an die Stelle von realer Leistung eine infantile Form des Geschenkes, nämlich der Darminhalt tritt. Somit stellen der Defäkationsakt als Ausdruck für das Vergeben eines Geschenkes und die spätere aggressive, feindselige Bedeutung der Defäkation nach ALEXANDER die beiden fundamentalen psychodynamischen Faktoren dar, die in einer kausalen Beziehung zu funktionellen Darmstörungen stehen (S. 91 f). Kommt es zu einer emotionalen Konfliktsituation, deren spezifischer Inhalt bei einer entwicklungsgeschichtlich prädisponierten Person zu einer Regression auf frühkindliche Fixierungen in der analen Phase führt, kann als somatischer Ausdruck eine nervöse Erregung des Darmes über parasympathische Bahnen erfolgen. Dies nennt ALEXANDER Konfliktspezifität psychosomatischen Geschehens.

Es gelingt durch dieses Modell, psychophysiologische Erkenntnisse mit psychoanalytisch gewonnenen genetischen und dynamischen Aspekten sinnvoll zu verknüpfen. So lassen sich bei Crohn-Patienten regelmäßig mehr oder weniger gut kompenzierte oral-rezeptive Strebungen bei gleichzeitiger zwangsneurotischer Charakterstruktur nachweisen. Offene aggressive Strebungen mit entsprechenden vegetativen Bereitstellungsreaktionen werden oft vollständig vermißt, während eine Tendenz zum "vegetativen Rückzug" nachvollziehbar ist. Weitgehend ungeklärt bleibt allerdings die Frage, warum es bei diesen Patienten nicht zu einer stärker ausgeprägten Zwangssymptomatik in Form einer Psychoneurose kommt, sondern der Weg in die somatische Krankheit beschritten wird. ALEXANDER meint hierzu: "Es ist wahrscheinlich, daß irgendein lokaler somatischer Faktor, ..., darüber entscheidet, ob

das regressive Ausweichen vor einer konfliktreichen Lebenssituation bei dem einen Patienten ausschließlich psychologische Symptome (Besessenheit- und Zwangssymptome, Zwangsschmerz oder paranoide Wahnbildungen) auslöst oder in anderen Fällen zu irgendeiner organischen Darmstörung führt".

Da ALEXANDER einen Abhängigkeitskonflikt als ursächlich für psychosomatische Krankheiten sieht, stellt er in das Zentrum seines Schemas zur Systematik der psychosomatischen Krankheiten (siehe Schema Nr. 2) ein Modell der Selbstwertregulation mit den Polen verstärkter Abhängigkeit ("infantile Abhängigkeit") und verstärkter Unabhängigkeit ("Willensanstrengung"). Die damit zusammenhängenden Fragen nach der Entwicklung der Ich-Funktionen und der Regulation des narzißtischen Systems werden nur angedeutet (ALEXANDER, 1938).

Nach M.KLEIN und M.MAHLER (MAHLER, 1975) kommt es in der kindlichen Entwicklung nach dem Höhepunkt der symbiotischen Phase im 4. bis 5. Monat allmählich zum Loslösungs-Individualisationsprozeß mit dem Gewährwerden der getrennten Existenz von der Mutter. Gleichzeitig werden ihre Eigenschaften als Objekt deutlicher, Gut und Böse, d.h. die Erfahrung der Triebbefriedigung und Triebversagung werden näher einander gerückt, das Objekt erscheint als ganze Person.

Dieser Prozeß erstreckt sich auf äußere und internalisierte Objekte und das Ich als integrierende Instanz wird getrieben, die Diskrepanz zwischen äußeren und inneren Objekten zu verkleinern. Durch das Zusammenrücken von libidinösen und aggressiven Regungen kommt es zu einer Intensivierung des Konfliktes, beide Objektaspekte zu integrieren. Die Ambivalenz wird nun am ganzen Objekt erlebt und das führt zu verstärktem Auftreten von Angst und Schuldgefühlen. Die eigenen destruktiven Kräfte werden als große Gefahr für das geliebte Objekt erlebt. Wird nun von der dominierenden, possessiven und zwanghaften

Mutter des späteren Crohn-Patienten diese Loslösung aus der Symbiose und die Individuation gehehmt, indem motorische Aktivität und ganz allgemein aggressive Regungen unterdrückt oder mit Liebesentzug beantwortet werden, so werden Angst und Schuldgefühle übermächtig. Aggressionshemmung und Wiedergutmachungstendenzen treten ganz in den Vordergrund. So wird die Entwicklung vom postnatalen Stadium der Verschmelzung mit Identifizierung zur aggressiven Selbstbehauptung hin gestört und damit das Erreichen einer Identität mit Gegenseitigkeit, einem Wesensmerkmal der reifen Objektbeziehung, gefährdet (HEIMANN, 1962).

Wenden wir uns nun kurz der Rolle des Vaters in diesem Stadium der Mutter-Kind-Beziehung zu. Wir haben bei Crohn-Patienten eine Abwesenheit oder ein Versagen der Autorität des Vaters mit Merkmalen wie Passivität und Distanziertheit festgestellt. Dabei können die Charakterzüge dieser "schwachen" Väter auch Herrschsucht und Überstrenge einschließen, entscheidend ist, daß der Vater für die Lösung des Kindes aus der Dyade mit der Mutter kein Alternativobjekt darstellt, das aus der Abhängigkeit von der Mutter heraushelfen könnte. Er müßte als Dritter dem Kind eine neue Möglichkeit der Objektbeziehung bieten, durch die es flexibler wird und die aggressiven Regungen der Mutter gegenüber ausdrücken kann, ohne daß Schuldgefühle und Wiedergutmachungstendenzen überwältigend werden. Gleichzeitig haben viele Crohn-Patienten auch kein Vatern Vorbild als einer Instanz, die keine Angst vor der Mutter hat, die der mütterlichen Allmacht entrinnen kann und damit frei ist.

Aufgrund dieser Überlegungen wird verständlich, daß gerade Krisen in der Objektbeziehung, die für den Crohn-Patienten stets mit ungelösten Abhängigkeitskonflikten verbunden sind, so häufig zu Exazerbationen führen. Verstehbar werden auch die ausgeprägten Konfliktvermeidungsstrategien, allen voran

die Aggressionshemmung. Durch die Entwicklungsstörung während der Individuationsphase, also in der Zeit des oral-aggressiven und analen Stadiums, bilden sich die häufig nachgewiesenen zwanghaften Charakterstrukturen des Crohn-Kranken aus, wodurch das psychodynamische Modell indirekt bestätigt wird.

Die aggressiven Regungen des Kleinkindes der Mutter gegenüber haben ihren Ursprung in der Triebversagung, die gleichzeitig eine narzißtische Kränkung bewirkte. Waren in der pränatalen Zeit alle Bedürfnisse noch vor dem Auftreten einer Triebspannung befriedigt worden, so gelingt dem Säugling nach dem narzißtischen Trauma der Geburt nur noch durch halluzinatorische Vorwegnahme der Triebbefriedigung ein Schließen der narzißtischen Wunde und die Wiederherstellung der intrauterinen Autarkie (GRUNBERGER, 1974). Die "Not des Lebens" erzwingt in der Folgezeit über die als symbiotische und nachfolgend Loslösungs- und Individuationsphase bezeichneten Entwicklungszeiträume eine allmähliche Differenzierung von Innen und Außen und damit von Selbst und Objekt.

Gleichzeitig muß die zunächst noch aufrechterhaltene Phantasie des pränatalen elationalen Zustandes (elatus, lat. "erhaben") der schmerzlichen Erfahrung der Abhängigkeit weichen, die vor allem in der Beziehung zur Mutter erlebt wird und zu einer tiefen narzißtischen Kränkung führt. Die infantilen Abhängigkeitsstrebungen treten beim Crohn-Patienten vor allem in den spezifischen Konfliktsituationen in einen oft unlösbar erscheinenden Widerspruch zum Postulat der narzißtischen Integrität. Je nach der individuellen frühkindlichen Entwicklung erhält eine der beiden dynamischen Komponenten das Übergewicht, so daß im oberflächlichen Persönlichkeitsprofil entweder offene Abhängigkeitstendenzen (Fall 6) oder eine Pseudounabhängigkeit (Fall 7 und 8) imponieren. Es handelt sich also um einen aus

gleichen energetischen Quellen gespeisten Unterschied.

Auch bei dem pseudounabhängigen Patienten ist die vulnerable Konfliktsituation vornehmlich durch das Auftreten ungelöster Abhängigkeitskonflikte gekennzeichnet. Die oral-aggressive Reaktion oder allgemeiner die aggressive Selbstbehauptung wird aufgrund der beschriebenen Entwicklungsstörung überwiegend als schuldhaft erlebt, so daß eine Aggressionshemmung und das Streben nach Wiedergutmachung resultieren. Diese Tendenzen können nun entweder dadurch gehemmt werden, daß sie aufgrund der äußeren Situation nicht durchführbar sind (z.B. bei Objektverlust durch Tod) oder, daß es zu einem inneren Widerstand (z.B. Reaktion auf narzißtische Kränkung) kommt. In beiden Fällen wird ein Ausweg durch einen psychischen und somatischen Rückzug auf die Entwicklungsstufe gesucht, in der Wiedergutmachung und Anpassung gelernt wurden, die wegen der "falschen Weichenstellung" allerdings auch in die Sackgasse einer unrealistischen und damit erfolglosen Objektbeziehung führte. Da die erste Form der aktiven Anpassung und der gelobten Leistung als Möglichkeit der Wiedergutmachung in der Stuhlabgabe des Kleinkindes erfolgt, kommt es als erkennbarem vegetativen Korrelat der Regression zu einer verstärkten Darminnervation, als deren histologischer Nachweis die von HARTMANN entdeckte Wucherung des nervösen Endnetzes in den befallenen und angrenzenden Darmabschnitten gelten kann. Die daraus resultierende Dysfunktion - die keinesfalls in Form einer funktionellen Diarrhoe auftreten muß (siehe Kapitel Psychophysiologie) - kann das Eindringen einer pathogenen Noxe (Enterobakterien, Viren, Toxinen) in die Darmwand ermöglichen, so daß es bei entsprechender genetischer Belastung, in deren Zentrum u.U. eine immunologische Störung liegt, zum Krankheitsausbruch kommen kann.

Selbstverständlich handelt es sich bei diesen Überlegungen lediglich um Hypothesen, mit dem Versuch, die verschiedenen

empirisch gewonnenen Erkenntnisse sinnvoll in ein pathogenetisches Konzept einzuordnen. Entscheidendes Gewicht ist unserer Ansicht nach auf die dargestellten psychosomatischen Aspekte zu legen, die allerdings noch eine ganze Reihe spekulativer Elemente enthalten und einer dringenden Sicherung durch weitere Untersuchungen bedürfen.

VI Vergleich: Ulcus pepticum - M. Crohn - Colitis ulcerosa

Während ein Vergleich der Enteritis regionalis mit der Colitis ulcerosa schon aufgrund der ähnlichen Symptomatik beider Krankheitsbilder angebracht erscheint, sind Zusammenhänge mit dem Ulcus pepticum weniger offensichtlich. Betrachtet man jedoch die vorliegenden psychosomatischen Untersuchungen, so fällt auf, daß als Ausgangspunkt des psychodynamischen Geschehens beim Ulcus in der Regel oral-passive Wünsche gesehen werden. Wir haben bereits ausgeführt, daß diesen Strebungen auch bei der Enteritis regionalis fundamentales Gewicht beigemessen wird. ALEXANDER (ALEXANDER, 1951) hat in seiner Einteilung der emotionalen Störungen vegetativer Funktionen sowohl die Colitis ulcerosa als auch das Ulcus pepticum in die Reaktionsgruppe des "vegetativen Rückzugs" angesichts einer Not- oder Gefahrensituation eingeordnet. Für die Überfunktion des Magens, als deren Folge er auch das Ulcus pepticum sieht, entwarf er folgendes spezifisch dynamisches Grundschema:

Versagung oral-rezeptiver Wünsche → oral-aggressive Reaktion → Schuldgefühle → Angst → Überkompensation für orale Aggression und Abhängigkeit durch real erfolgreiche Leistungen bei verantwortlichen Tätigkeiten → Verstärkung unbewußter oral-abhängiger Strebungen als Reaktion auf exzessive Anstrengungen und Konzentrationen → Hypersekretion des Magens.

Beim Ulcus-Patienten werden also die Reaktionen auf Schuldgefühle und Angst von einem relativ reifen, erwachsenen Ich ausgeführt, die Überkompensation für orale Aggression und Abhängigkeit kann mit Hilfe einer gereiften Realitätsprüfung und differenzierter Objektbeziehungen erfolgen. Hier liegt unserer Meinung nach der entscheidende Unterschied zum Crohn-Patienten, dem wegen der beschriebenen Störungen in

der Individuationsphase reife Ich-Funktionen nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, weshalb die Überkompensation überwiegend mit den infantilen Mitteln, die in der Regression zur Verfügung stehen, erfolgt. Als indirekter Hinweis hierfür kann auch gelten, daß zwangsneurotische Charakterzüge beim Ulcus-Patienten weniger ausgeprägt sind als beim Crohn-Patienten. Darüber hinaus dürften die oral-rezeptiven Strebungen des Crohn-Kranken stärker sein, entsprechende vergleichende Untersuchungen sind bisher aber noch nicht verfügbar. Zumindest können die beschriebenen Parallelen erklären, warum in einigen der von uns angeführten Fällen eine Dysfunktion des Magens der Erstmanifestation der Enteritis regionalis vorausging.

Die psychosomatischen Aspekte der Colitis ulcerosa sind demgegenüber denen der Enteritis regionalis sehr ähnlich, ja sie scheinen, soweit die spärliche vergleichende Literatur eine Beurteilung zuläßt, sogar weitgehend parallel zu verlaufen. Die krankheitsauslösenden Situationen sind häufig gekennzeichnet durch Objektverlustenerlebnisse, sei es durch Tod einer nahestehenden Person, Zurückweisung eines Liebespartners oder durch räumliche Trennung von einem Liebesobjekt. Beschrieben werden weiterhin Situationen ohnmächtiger Wut (ENGEL, 1961) und gesteigerte Leistungsanforderungen in Richtung einer Verselbstständigung, die ebenfalls im Sinne eines Objekt-Geborgenheitsverlustes erlebt werden (FREYBERGER, 1970). Die Mütter der Colitis-Patienten sind meist kontrollierend, überbesorgt, zwanghaft und werden als überwältigende Personen gesehen, die das Gefühl von Hilflosigkeit und Abhängigkeit vermitteln. Die Patienten selbst wirken zwanghaft, sehr verletzlich und haben oft eine fast unheimliche Fähigkeit, feindliches oder zurückweisendes Gebahren anderer wahrzunehmen (ENGEL, 1973). FREYBERGER (FREYBERGER, 1969) beschreibt eine charakteristische Trias von Infantilität, depressiver Reaktionsbereitschaft und Aggressionshemmung.

Wie bei der Enteritis regionalis kann die Differenzierung in eine aktive und passive Gruppe vorgenommen werden (BRÄUTIGAM, 1975).

Die passive Gruppe demonstriert demnach offen die kindlichen Abhängigkeitsbedürfnisse, während die Patienten der aktiven Gruppe kompensatorisch versuchen, eine übertriebene Selbstständigkeit an den Tag zu legen und Abhängigkeit zu verleugnen. Aufgrund dieser Beobachtungen werden im Zentrum psychodynamischen Geschehens abnorme, leicht verletzliche Abhängigkeitsbeziehungen zu wenigen Schlüsselfiguren (KARUSH, 1968) sowie eine Störung der analen Triebdynamik gesehen (SCHELLACK, 1954 /55).

McKEGNEY (McKEGNEY, 1970) verglich zwei Patientenkollektive mit Colitis ulcerosa bzw. M. Crohn hinsichtlich verschiedener psychologischer Kriterien und konnte keine Unterschiede feststellen. Dagegen sind FORD (FORD, 1969) und PAULLEY (PAULLEY, 1958 und 1959) der Ansicht, Crohn-Patienten seien flexibler und offenbarten keine so hohe Inzidenz symbiotischer Objektbeziehungen. Sie seien sexuell aktiver und zeigten in einem begrenzten Ausmaß die für den Ulcus-Patienten typischen Merkmale der Pseudounabhängigkeit und kompensatorischen Aggressivität (siehe auch bei REINDELL, 1981). Beide Autoren schließen aus diesen Überlegungen auf eine - der Topographie entsprechenden - psychologischen Mittelstellung der Enteritis regionalis zwischen dem Ulcus pepticum und der Colitis regionalis. Wir können hierzu anmerken, daß die Patientin aus unserer Gruppe, die am stärksten offene Abhängigkeitsstrebungen zeigte (Fall 6), am Anfang ihrer Erkrankung die Symptome einer Colitis mit blutigen Stuhlabgängen zeigte, während andererseits die beiden Patienten mit dem deutlichsten Bild der Pseudounabhängigkeit (Fall 7 u. 8) vor dem Ausbruch des M. Crohn an Magenbeschwerden litten und bei einem der beiden (Fall 8) auch ein Ulcus duodeni nachgewiesen werden konnte. Generell versuchte die Mehrheit, ihre Abhängigkeitsstrebungen zu kompensieren und das Bild einer autonomen und gleichzeitig anpassungsfähigen Persönlichkeit zu vermitteln. Wegen der kleinen Patientenzahl der untersuchten Kollektive können diese Ergebnisse jedoch lediglich als Arbeitshypothese für notwendige weitere Studien dienen.

D Therapeutische Konsequenzen

I. Internistische Therapie

Bei der Erstmanifestation und allgemein im akuten Schub wird Bettruhe verordnet und versucht, den Patienten vor emotional belastenden Situationen abzuschirmen. Diätetisch liegt das Schwergewicht auf ballaststoffarmen Speisen, oft in Form einer alle Grundnahrungsstoffe enthaltenden Astronautenkost. Unter Umständen ist auch eine parenterale Ernährung (Hyperalimentation) angezeigt. Bei Vitamin- bzw. Eisenmangel erfolgt eine entsprechende Substitution. Unumstrittene Richtlinien bei der medikamentösen Therapie im engeren Sinne haben sich wie bei vielen anderen ätiologisch ungeklärten Krankheiten noch nicht durchsetzen können. Meist stehen sowohl beim akuten Schub als auch in Remissionsphasen Prednison, Salazopyrin und Azathioprin zur Diskussion, die aufgrund individueller Erfahrungen über Wirksamkeit und unerwünschte Nebenwirkungen in unterschiedlicher Dosierung und Zeitdauer angewendet werden.

Unter dem Namen "national Cooperative Crohn's Disease Study" abgekürzt NCCDS laufen in den letzten Jahren in den USA mehrere Studien an verschiedenen klinischen Zentren. Im Oktober 1979 wurde in diesem Rahmen eine Arbeit (SUMMERS, 1979) über die Resultate medikamentöser Therapie veröffentlicht, in der 295 Crohn-Patienten mit aktiver Erkrankung randomisiert und mit Prednison (0,25 - 0,75 mg/kg Körpergewicht), Salazopyrin (1,0g / 15 kg Körpergewicht; max. 5 g), Azathioprin (2,5 mg/kg Körpergewicht) oder Placebo behandelt wurden. Der Untersuchungszeitraum betrug 14 - 17 Wochen. Als einziges positives Ergebnis war zu verzeichnen, daß zur Einleitung einer Remission sowohl Prednison als auch Salazopyrin dem Placebo überlegen waren. Azathioprin war nicht wirksamer als Placebo, ein Ergebnis, zu dem vorher auch andere

Autoren (KLEIN, 1974) schon gekommen waren.

Überraschend kam es in der NCCD-Studie auch bei 49 % der Patienten, die lediglich ein Placebo eingenommen hatten, ebenfalls zu einer Remission, die in 30 % der Fälle während der gesamten Beobachtungszeit über 17 Wochen anhielt. Auch die Gabe einer Kombination von Prednison und Salazopyrin erwies sich im Vergleich zur Kombination von Prednison und Placebo als nicht wirksamer in der Einleitung einer Remission.

In der Behandlung der Komplikationen der Erkrankung einschließlich Fisteln und perianalen Veränderungen war keines der drei Medikamente dem Placebo überlegen. Gleichzeitig konnte die interessante Beobachtung gemacht werden, daß die isolierte Ileitis anscheinend nur auf Prednison anspricht, während die isolierte Colitis nur auf Salazopyrin reagiert. Entsprechend besserte sich die kombinierte Ileocolitis sowohl auf Prednison als auch Salazopyrin. Prednison war das einzige Medikament, dessen Anwendung zu einem röntgenologisch nachweisbaren Rückgang der Wandveränderungen am Dünndarm führte.

Zur Erhaltung der Remission war keines der Medikamente dem Placebo überlegen und entsprechend konnte auch keines der drei Arzneimittel im Vergleich zum Placebo einen Rückfall wirkungsvoller verhindern.

Da in einer anderen NCCD-Studie (BEEKEN, 1979) eine hohe Energie-Inzidenz (31 % gegenüber 7 - 13 % in der übrigen Bevölkerung) bei Crohn-Patienten festgestellt wurde, untersuchte man die Prednisonwirkung bei Crohn-Kranken mit positiven und negativen Hauttesten (Feststellung der Immunkompetenz) getrennt, konnte jedoch keine Unterschiede im Ansprechen auf die Behandlung feststellen. Unter Umständen kann dem Kortikoid im akuten Schub deshalb nur eine allgemein entzündungshemmende Wirkung zugesprochen werden, die sich durchaus in einem allerdings nur vorübergehenden - röntgenologisch

nachweisbaren Rückgang der Wandveränderungen des Dünndarms bemerkbar machen könnte. Eine langfristige prophylaktische Prednisontherapie im Remissionsstadium erscheint aufgrund dieser Ergebnisse und angesichts der erheblichen Nebenwirkungen nicht mehr gerechtfertigt.

II. Chirurgische Therapie

Wegen des geringen Erfolges der konservativen Therapie und dem chronischen Fortschreiten der Erkrankung, stellt sich bei fast allen Crohn-Patienten früher oder später die Frage eines operativen Eingriffes. MEKHJIAN (MEKHJIAN, 1979) fand bei 569 Patienten, daß die Wahrscheinlichkeit eines abdominalen Eingriffes in einer Zeitspanne von 30 Jahren auf fast 90 % anstieg. Allerdings wird mit dem chirurgischen Eingriff in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine Heilung erreicht. Nach Bypass-Operationen wurde über eine Rezidivquote von 40 - 92 % berichtet (ALEXANDER-WILLIAMS, 1971). Bei Resektionen mit Exzision der befallenen Darmschlinge im Gesunden treten postoperativ schon innerhalb der ersten drei bis fünf Jahre in 50 - 70 % der Fälle Rezidive auf (BRILL, 1969; FAWAZ, 1976), und bei längeren Nachkontrollen steigt die Rezidivquote teilweise bis über 90 % an (GREENSTEIN, 1975). Da die Operationsmortalität mit 5 bis 20 %, je nach Erfahrung des Chirurgen zudem relativ hoch ist (ALEXANDER-WILLIAMS, 1971; RITCHIE, 1974) herrscht in der chirurgischen Literatur die Meinung vor, daß Operationen nur beim Auftreten von Komplikationen wie Fisteln mit oder ohne Abszeßbildungen, Darmverschlüssen oder schweren Eiweiß- oder Elektrolytverlusten ins Auge gefaßt werden sollten.

III. Psychotherapie

Eine die internistische Therapie begleitende psychotherapeutische Behandlung der Enteritis regionalis hat sich bisher nicht generell durchsetzen können, obwohl psychosomatische Zusammenhänge mehrfach beeindruckend nachgewiesen wurden und

die bisherzige Pharmakotherapie in ihren Resultaten sehr unbefriedigend ist. So liegen zur Zeit auch noch keine Studien über psychotherapeutische Behandlungsergebnisse vor, die sowohl die Art des Vorgehens als auch die kurz- und langfristigen Resultate hinreichend beschreiben.

Lediglich SPERLING (SPERLING, 1960) berichtete im Jahre 1960 über eine drei Jahre andauernde klassische psychoanalytische Behandlung eines Crohn-Patienten. Sie wurde erfolgreich abgeschlossen und während einer dreijährigen Nachkontrolle trat kein Rezidiv auf. Verschiedene andere Autoren sind jedoch in Anlehnung an die Erfahrungen bei der Colitis ulcerosa der Ansicht, zumindest in der Initialphase, also im akuten Schub, sei eine stützende Therapie indiziert, in der intensiv auf die Abhängigkeitswünsche eingegangen werden sollte und der Arzt deshalb seine distanzierte Haltung aufgeben müsse (SCHULTHEIS, 1979). PAULLEY meint sogar, der Therapeut müsse wie ein Onkel auf den Patienten eingehen ("avuncular approach") (PAULLEY, 1971). SCHULTHEIS vertritt die Auffassung, besonders wichtig sei die Bearbeitung der psychodynamisch relevanten aktuellen Konfliktsituation vor Krankheitsbeginn bzw. -rezidiv. Dies bedeute vor allem auch eine Bearbeitung der Aggressionshemmungen und das Angebot, in der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung Gefühle zu verbalisieren. Das Therapieziel bestehe in einer Nachreifung der infantilen Persönlichkeitsstruktur, die diesen Patienten adäquatere Konfliktlösungen ermögliche. Für BRÄUTIGAM (BRÄUTIGAM, 1975) stellen Rückfälle einen guten Ansatzpunkt für eine konfliktaufdeckende Behandlungsstrategie dar, die durch eine rein stützende Therapie gefährdet werden könnte.

Zusammenfassend sollten bei der Behandlung der Enteritis regionalis internistische und psychotherapeutische Maßnahmen in der Regel parallel verlaufen. Beim passiven, offen abhängigen Patienten und im akuten Schub ist eher ein supportives

Vorgehen indiziert, während im Intervall und bei aktiven Patienten, die keinen sekundären Krankheitsgewinn aus ihrer Situation ziehen, ein analytisch orientierter Ansatz gerechtfertigt erscheint. Durch vergleichende Langzeitstudien könnte dadurch gleichzeitig ein umfassenderer Einblick in tiefenpsychologische Zusammenhänge gewonnen werden.

E Z u s a m m e n f a s s u n g

Bei der im Jahre 1932 durch CROHN erstmals systematisch beschriebenen Enteritis regionalis handelt es sich um eine chronische, nichtspezifische, segmentäre oder plurisegmentäre Darmerkrankung, die vor allem das terminale Ileum betrifft, aber auch andere Bereiche des Magendarmtraktes einschließlich der Mundhöhle und des Anus befallen kann. Sie läßt sich aufgrund klinischer, radiologischer, endoskopischer und vor allem histologischer Kriterien gut von der Colitis ulcerosa abgrenzen.

Epidemiologische Untersuchungen zeigen eine deutliche Inzidenzsteigerung in den letzten zehn Jahren, am besten nachgewiesen in den Industrienationen der nördlichen Halbkugel. Aus Ländern anderer Erdteile liegen nur sporadisch Zahlen vor, die auf eine geringe, in den letzten Jahren jedoch gleichfalls erheblich ansteigende Inzidenz hinweisen. Die Krankheit manifestiert sich überwiegend in der dritten Lebensdekade ohne Bevorzugung eines bestimmten Geschlechts. Unabhängig von der geographischen Situation sind Angehörige der jüdischen Religion häufiger, Farbige dagegen seltener betroffen. Da die Juden keine biologische Einheit darstellen, von einer semitischen Rasse im eigentlichen Sinn also nicht gesprochen werden kann, treten die gemeinsame Religion und vor allem die sich daraus entwickelten kulturellen Besonderheiten, wie z.B. die festgeknapfte matriarchalische Familienstruktur als eine mögliche Ursache der hohen Inzidenz in den Vordergrund. Schließlich

bestehen auch Hinweise, daß die Erkrankung bei Stadtbe-
wohnern und überdurchschnittlich Gebildeten häufiger auf-
tritt. Die erhöhte familiäre Inzidenz hat zu Fragen nach
einer genetischen Komponente geführt, die sicherlich nicht
den einfachen Mendelschen Gesetzen zuzuordnen ist sondern
eher auf mehrere Gene geringer Penetranz zurückzuführen ist.
Das überüproportional häufige, gleichzeitige Auftreten der
Spondylitis ankylosans und der Colitis ulcerosa bei den
Blutsverwandten von Crohn-Patienten ließ die Theorie der
überlappenden Genotypen aufkommen. Die erwähnten epidemio-
logischen Besonderheiten können allerdings auch im Rahmen
einer psychosomatischen Theorie erklärt werden. In der Dis-
kussion über die Ätiologie ist die Theorie einer Infektion
durch Viren oder primär apathogene Enterobakterien auf dem
Boden einer Immunschwäche nach wie vor aktuell, endgültige
Beweise stehen jedoch bisher noch aus. Divergente Ergebnisse
brachten die Studien über das Immungeschehen bei der Enteritis
regionalis. Demgegenüber konnten psychophysiologische For-
schungen eine kausale Verknüpfung zwischen seelischer Erregung
und gesteigerter Darmaktivität sichern und der histologische
Nachweis von Wucherungen autonom-nervöser Darmgeflechte in
dem befallenen Darmabschnitten wurde als Zeichen einer schweren
funktionellen Störung bzw. einer Arbeitshypertrophie gewertet.
Sie könnten als das morphologische Substrat einer best.
"neurotischen Konstitution" des Crohn-Patienten im Sinne einer
vegetativen Stigmatisierung angesehen werden.

Zur genaueren Untersuchung der immer wieder aufgeworfenen
psychogenen Komponente im ätiologischen Geschehen werden
als Kernstück der vorliegenden Untersuchung acht Fallbe-
schreibungen angeführt, die nach den Grundsätzen der psycho-
somatischen Anamneseerhebung und ohne Selektion vorgenommen
und mit der dazu vorliegenden Literatur verglichen wurden.

Es kann mit einer Ausnahme regelmäßig eine Beziehung zwischen
Erstmanifestation bzw. Exazerbation der Enteritis regionalis

und einer für den Patienten belastenden psycho-sozialen Situation nachgewiesen werden. In mehr als der Hälfte der Fälle ist der reale Verlust nahestehender Personen oder auch der Verlust der bisherigen Form der Objektbeziehung den ersten Krankheitssymptomen vorausgegangen. In zwei Fällen ist eine demütigende, das Selbstwertgefühl verletzende Situation zu verzeichnen. Oft treten die in der Literatur beschriebenen krankheitsauslösenden Belastungen auch gemeinsam auf, wobei vor allem die unreifen, wenig flexiblen Objektbeziehungen sowie die leichte Verletzlichkeit des Selbstwertgefühls auffällig sind. Entsprechend liegt das Maximum der Erstmanifestation auch in der dritten Lebensdekade, in der durch Gründung einer eigenen Familie, Tod der Eltern, sowie die Notwendigkeit beruflicher und finanzieller Selbstständigkeit ein Wechsel der Objektbeziehungen auf dem Boden gereifter Ich-Funktionen besonders oft erfolgen muß.

In sechs der acht Fälle zeigen die Mütter der Crohn-Patienten zwanghafte Wesenszüge. Bei dominierenden Persönlichkeiten stehen die fordernden und kontrollierenden Eigenschaften im Vordergrund, während die unscheinbar wirkenden Mütter oft als possessiv und überbehütend empfunden werden. Der Vater als Erziehungsperson fehlt in zwei Fällen völlig, in zwei weiteren wird er als passiv, an der Erziehung desinteressiert beschrieben und in drei Fällen stehen herrische bis tyrannische Züge im Vordergrund. Während zum Vater oft kein tragendes emotionales Verhältnis aufgebaut werden kann, scheint die Mutter durch ihr dominierendes, überkorrektes, forderndes und kontrollierendes Wesen einerseits dem Kind emotionale Zuwendung zumeist nur als Belohnung für anpassendes Verhalten zu gewähren, während sie andererseits die für die Persönlichkeitsentwicklung des Kleinkindes so wichtigen Autonomiebestrebungen nicht zur Entfaltung kommen läßt, wobei auch ihr possessives und überbehütendes Verhalten eine Rolle spielen können.

Obwohl kein eindeutiges Persönlichkeitsprofil des Crohn-Patienten besteht, lassen sich regelmäßig Abhängigkeitsstrebungen, häufig überdeckt durch eine pseudounabhängige Haltung, sowie zwanghafte Charaktereigenschaften (in sieben der acht Fälle) nachweisen.

In Anlehnung an F.ALEXANDER läßt sich aus diesen Beobachtungen folgendes psychodynamisches Konzept erstellen: Die dominierende, possessive und zwanghafte Mutter hemmt in der frühen Kindheitsentwicklung des Crohn-Patienten seine Individuationsbestrebungen und die Lösung aus der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung, indem motorische Aktivität und aggressive Regungen unterdrückt oder mit Liebesentzug beantwortet werden. So werden Angst und Schuldgefühle übermächtig, Aggressionshemmung und Wiedergutmachungstendenzen treten ganz in den Vordergrund. Der Vater stellt für die Lösung des Kindes aus der Dyade mit der Mutter kein Alternativobjekt dar. Die beobachteten Abhängigkeitstendenzen, Zwangsstrukturen, sowie die Aggressionshemmung im Persönlichkeitsbild des Crohn-Kranken haben ihren Ursprung in dieser Entwicklung. Die infantilen Abhängigkeitsstrebungen können in einen Widerspruch zum Postulat der narzißtischen Integrität führen. Je nachdem, welche der beiden dynamischen Komponenten das Übergewicht erhält, zeigen sich im oberflächlichen Persönlichkeitsprofil entweder offene Abhängigkeitstendenzen oder eine Pseudounabhängigkeit. In den akuten krankheitsauslösenden Situationen, die vor allem durch Krisen in der Objektbeziehung und Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls gekennzeichnet sind, werden die ungelösten Konflikte der frühen Kindheit wieder aktuell. Der Patient versucht, sie durch Aggressionshemmung und Wiedergutmachung zu lösen. Scheitern diese Tendenzen an der Realität oder aufgrund innerer Barrieren, so kann als vegetatives Korrelat der psychischen Regression - die erste Form der aktiven, gelobten Leistung des Kleinkindes ist die Stuhlabgabe - eine verstärkte Darminnervation eintreten.

Während der Vergleich psychosomatischer Aspekte beim M. Crohn und der Colitis ulcerosa weitgehende Parallelen zeigt, scheinen die Reaktionen des Ulcus-Patienten auf Schuldgefühle und Angst von einem relativ reifen, erwachsenen Ich ausgeführt zu werden, so daß die Überkompensation für orale Aggression und Abhängigkeit mit Hilfe einer gereiften Realitätsprüfung und differenzierter Objektbeziehungen erfolgen kann. Im Unterschied dazu stehen dem Crohn-Patienten wegen der beschriebenen Störungen in der Individuationsphase reife Ich-Funktionen nur begrenzt zur Verfügung, weshalb die Überkompensation überwiegend mit den infantilen Mitteln, die in der Regression zur Verfügung stehen, erfolgt.

Die verstärkte Darminnervation kann bei der Enteritis regionalis zu einer Dysfunktion bzw. "Arbeitshypertrophie" der autonomen Nervengeflechte führen und das Eindringen einer pathogenen Noxe (Enterobakterien, Viren, Toxine) in die Darmwand ermöglichen. So kann es bei entsprechender genetischer Belastung - in deren Zentrum u.U. eine Immunschwäche steht - zum Krankheitsausbruch kommen. Dieses Modell enthält zweifellos eine Reihe spekulativer Elemente, die einer dringenden Sicherung durch weitere Untersuchungen - vor allem Studien über Langzeitverläufe psychoanalytischer Behandlungen - bedürfen. Vor dem Hintergrund äußerst unbefriedigender internistischer und chirurgischer Therapieversuche sollte aufgrund der beschriebenen Beobachtungen und Zusammenhänge der Psychotherapie ein fester Platz im Behandlungskonzept der Enteritis regionalis eingeräumt werden.

A b s t r a c t

Würfl, Lorenz, M.:

PSYCHOSOMATISCHE ASPEKTE DER ENTERITIS REGIONALIS CROHN

- Kasuistik im Rahmen einer Literaturübersicht -

Es wird zuerst ein kurzer Überblick über die internistischen Kriterien, wie Klinik, Pathologie und Differentialdiagnose gegeben. Die epidemiologischen Untersuchungen der letzten zehn Jahre zeigen einen deutlichen Inzidenzanstieg. Die Erstmanifestation liegt überwiegend in der dritten Lebensdekade, beide Geschlechter werden etwa gleich häufig betroffen. Angehörige der jüdischen Religion erkranken an der Enteritis regionalis häufiger, Farbige seltener. Schließlich liegen Hinweise vor, daß die Erkrankung bei Stadtbewohnern und überdurchschnittlich Gebildeten vermehrt auftritt. Die erhöhte familiäre Inzidenz hat zu Fragen nach einer genetischen Komponente geführt.

Psychophysiologische Untersuchungen konnten eine kausale Verknüpfung zwischen seelischer Erregung und gesteigerter Darmaktivität sichern; als morphologisches Substrat einer "neurotischen Konstitution" des Crohn-Patienten wurde der histologische Nachweis von Wucherungen autonom-nervöser Darmgeflechte in den befallenen Darmabschnitten gewertet.

Anhand von acht Fallbeschreibungen wurden die erhobenen psychosomatischen Befunde mit denen der vorliegenden Literatur verglichen. Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

1. Abgesehen von einer Ausnahme kann regelmäßig eine Beziehung zwischen Erstmanifestation des M. Crohn und einer für den Patienten belastenden psychosozialen Situation nachgewiesen werden.
2. Die belastenden Situationen zeichnen sich durch Objektverlust und/oder Demütigung des Selbstwertgefühls aus.

3. Die Mütter der Crohn-Patienten zeigen zwanghafte, aber auch possessive und überbehütende Wesenszüge. Zum Vater kann häufig kein tragendes emotionales Verhältnis aufgebaut werden.
4. Das Persönlichkeitsprofil des Crohn-Patienten ist nicht einheitlich, regelmäßig lassen sich jedoch offene oder verdeckte Abhängigkeitsbestrebungen und zwanghafte Charaktereigenschaften nachweisen.

Es wird der Versuch unternommen, diese Beobachtungen in ein psychodynamisches Konzept zu integrieren und dieses mit psychosomatischen Aspekten bei der Colitis ulcerosa und dem Ulcus pepticum zu vergleichen.

Aufgrund der Ergebnisse wird der psychischen Komponente im Rahmen eines multifaktoriellen Krankheitsgeschehens Gewicht beigemessen und die Notwendigkeit betont, der Psychotherapie einen festen Platz im Behandlungskonzept der Enteritis regionalis einzuräumen.

LEBENS LAUF

<i>31.01.1952</i>	<i>in München geboren</i> <i>Eltern:</i> <i>Anton Würfl, Kaufmann</i> <i>Hildegard Würfl, geb. Nickel</i>
<i>1958 - 1962</i>	<i>Besuch der Volksschule in Moosburg/Isar</i>
<i>1962 - 1971</i>	<i>Besuch des Josef-Hofmiller-Gymnasiums</i> <i>in Freising</i>
<i>Juni 1971</i>	<i>Abitur in Freising</i>
<i>1971 - 1978</i>	<i>Studium der Humanmedizin an der</i> <i>Ludwig-Maximilian-Universität in München</i>
<i>1972 - 1978</i>	<i>Stipendiat der Studienstiftung des</i> <i>deutschen Volkes</i>
<i>1975</i>	<i>Halbjähriges Auslandsstudium in Italien</i>
<i>Mai 1978</i>	<i>Approbation</i>
<i>Nov. 1978 -</i> <i>Okt. 1980</i>	<i>Tätigkeit als Assistenzarzt an der</i> <i>Medizinischen Klinik Passau-Kohlbruck</i>
<i>Seit Jan. 1981</i>	<i>Tätigkeit als Assistenzarzt an der</i> <i>zentralen Anästhesieabteilung des Land-</i> <i>kreises Freyung - Grafenau</i>

Anmerkung zu den Fallbeschreibungen

Wir haben im Laufe von zwei Jahren (Nov. 1978 - Nov. 1980) an der Medizinischen Klinik Passau insgesamt acht Patienten mit Enteritis regionalis exploriert. Obwohl der Schwerpunkt der Klinik in der Gastroenterologie liegt, nehmen auch eine Reihe anderer Krankenhäuser im südostbayerischen Raum Crohn-Kranke auf, so daß diese Untersuchung nicht als repräsentativ gelten kann. Die Patienten kamen teils über die klinikeigene Ambulanz zur stationären Aufnahme, teils handelte es sich um sogenannte Anschlußheilverfahren meist nach operativen Eingriffen. Es wurde keine Selektion vorgenommen. Lediglich eine Patientin, bei der sowohl klinisch als auch aufgrund einer Chromosomenanalyse der dringende Verdacht auf M. Turner bestand, konnte wegen einer mentalen Schwäche nicht hinreichend exploriert werden. Über ein gehäuftes gemeinsames Auftreten von M. Turner und M. Crohn liegen einige Literaturhinweise (PRICE, 1979) vor.

Voraussetzung für die Diagnose Enteritis regionalis war der eindeutig positive histologische Befund durch endoskopische Biopsie oder am Resektionspräparat. Aus diesem Grund konnten wir eine weitere Patientin nicht in das zu untersuchende Kollektiv aufnehmen. Obwohl sowohl die Klinik als auch die Röntgenbefunde den Verdacht auf M. Crohn nahelegten und bei zwei Schwestern der Patientin schon früher eine Enteritis regionalis bestätigt worden war, erbrachte das von uns coloskopisch entnommene Biopsiematerial keinen eindeutig positiven Befund.

Die Exploration selbst wurde in Form mehrerer, jeweils etwa einstündiger Gespräche im Sinn der klassischen psychosomatischen Anamnese durchgeführt. Anschließend an die einleitende Frage nach den aktuellen Beschwerden wurde versucht, die Lebenssituation

zum Zeitpunkt der Erstmanifestation bzw. der Exazerbationen anzusprechen. In einer lebensgeschichtlichen Rückblende wurde auf frühkindliche Entwicklung, Elternpersönlichkeiten, Geschwister und innerfamiliäre Interaktion eingegangen und versucht, ein Bild der Gesamtpersönlichkeit des Kranken zu gewinnen. Der Explorateur hielt sich dabei mit Interpretationsversuchen möglichst zurück, um die freie Assoziation des Patienten zu fördern. Mit einer Ausnahme wurden alle Explorationen während eines vier- bis sechswöchigen Krankenhausaufenthaltes durchgeführt, so daß der Untersucher mit den meisten Patienten fast täglich Kontakt hatte.

Beginn und Exazerbation

Herr K., ein 20-jähriger asthenischer Patient bekam im Alter von 16 Jahren erstmals die für die Enteritis regionalis typischen Beschwerden in Form von Durchfällen und krampfartigen Bauchschmerzen vor allem in der Ileocoecalregion. Er war zu diesem Zeitpunkt seit etwa einem Jahr mit seinen Eltern und seiner Schwester von dem Ort seiner Kindheit nach O. umgezogen. Grund für diesen Ortswechsel war der Konkurs seines Vaters, der eine Lederfabrik besessen hatte und in O. schließlich einen neuen Arbeitsplatz gefunden hatte. Der Patient empfand den Umzug und den damit zusammenhängenden Verlust von Freunden und vertrauter Umgebung als sehr belastend. Es gelang ihm am Ort seiner neuen Wohnung nur langsam und nicht ohne Enttäuschungen, neue Beziehungen zu knüpfen, zumal er nach eigenen Angaben damals sehr schüchtern war. Den besten Kontakt hatte er schon immer zu seiner Schwester, ihr konnte er sich am besten anvertrauen. Kurz vor der Erstmanifestation seiner Erkrankung hatte die Schwester ihre Schulzeit beendet und zog nach M. um, um eine Lehre bei einem Verlag zu beginnen. Herr K. meint, er habe die Trennung von seiner Schwester zwar nicht als schmerzlichen Verlust erlebt, habe jedoch das Fehlen der Möglichkeit, mit ihr seine Probleme durchsprechen zu können, oft bedauert. Zu einer deutlichen Besserung der Symptome kam es erst, als er im Anschluß an eine Operation (Revision einer Analfistel) schließlich die Fachoberschule abschließen und mit dem Wunsch, Maschinenbau zu studieren ebenfalls nach M., dem Wohnort seiner Schwester, ziehen konnte. Es sei ihm dann über eine längere Zeit recht gut gegangen, weil er endlich von seinen Eltern, zu denen er stets ein distanziertes Verhältnis hatte, unabhängig werden konnte. Er gab sein Studium - vor allem wegen mangelndem Interesse - schließlich auf und lebte von Gelegenheitsarbeiten und Sozialhilfe, was unter anderem

auch auf seinen damaligen Freundeskreis zurückzuführen sei, der aus Leuten bestand, die ebenfalls nur unregelmäßig beschäftigt waren. Trotzdem hielten sich die Symptome der Erkrankung in Grenzen, er fühlte sich in seiner Umgebung recht wohl und fand dort schließlich auch eine Freundin. Zusammen mit ihr und anderen Freunden unternahm er im Herbst 1978 eine Reise nach Marokko. Auch während dieser Zeit sei es ihm noch recht gut gegangen, obwohl die Fahrt für ihn sehr strapaziös war. Nach seiner Rückkehr aus Marokko richtete er sich schließlich zusammen mit einigen Leuten aus der Reisegruppe und seiner Freundin in M. gemeinsam ein 1-Zimmer-Appartement ein. Das Zusammenleben auf so engem Raum führte jedoch bald zu Schwierigkeiten, zumal die, schon früher immer wieder harte Drogen konsumierende Freundin erneut zu Heroin griff und Herr K. selbst aufgrund der winterlichen Jahreszeit und seines schwachen Körperzustandes keine längerfristige Arbeit fand. In diesem Zeitraum kam es zu einer Exazerbation der Symptomatik. Der Patient schleppte sich nur mit Mühe durch die Wintermonate. Ein Tiefpunkt war schließlich erreicht, als seine Freundin mit dem letzten Rest gemeinsamen Geldes eine Flugreise nach Mallorca unternahm und mit einem jungen Farbigen als Freund wieder nach M. zurückkehrte.

Persönlichkeit des Vaters

Sehr ruhiger, eher zurückgezogener Mann, zu dem der Patient eigentlich nie Kontakt finden konnte. Nach dem Konkurs seines Betriebes mußte er für ein Jahr ins Gefängnis, aber auch über dieses Problem hat er nie mit seinem Sohn gesprochen. Er hat sich nach Ansicht des Patienten nie um die Erziehung der Kinder gekümmert. Man könne ihn zwar nicht als herrisch bezeichnen, doch akzeptiere er nur selten die Meinung Andersdenkender. Die Mutter des Patienten ist die zweite Frau des Vaters, über die Gründe der Scheidung hat er mit dem Sohn ebenfalls nie gesprochen. Er sei sehr enttäuscht, daß aus seinem ältesten Sohn - dem Patienten - nichts geworden sei und lege die Hoffnungen nun eher in den jüngeren.

Persönlichkeit der Mutter

Der Patient kritisiert sie sofort und spontan als überbesorgt. Sie meine es zwar gut, habe aber seine Aktivität zur Erlangung eigener Selbständigkeit immer zu verhindern oder zu bremsen gesucht. Es habe ständig Ärger gegeben, weil er ihrer Meinung nach stets zu spät nach Hause gekommen sei. Das Zelten im Freien und damit Abwesenheit von zu Hause auch während der Nacht habe sie ihm noch im Alter von 16 Jahren verboten. Sie wird als sehr ordentliche, auf Sauberkeit bedachte Person geschildert, einen ausgeprägten Putzfimmel habe sie jedoch nicht.

Persönliches Gespräch mit der Mutter

Sie läßt mich die erste Viertelstunde überhaupt nicht zu Wort kommen, dann muß ich - von ihr immer wieder unterbrochen - 4 - 5 mal ansetzen, um einen Satz fertig sprechen zu können. Sie meint, ihr Kind sei schon immer überaus zart und sensibel gewesen und ein ausgesprochener Einzelgänger. Er habe ihr versprechen müssen nach der Entlassung aus diesem Krankenhaus entweder zur ihr zurück zu kommen oder sich wenigstens ein Zimmer in ihrer Nähe zu nehmen.

Kindheit und weitere Entwicklung

Die ersten sechs Lebensjahr werden als harmonisch beschrieben. Er habe sich mit allen gut verstanden, den Vater habe er allerdings kaum zu Gesicht bekommen, da er häufig unterwegs gewesen sei. Nach 4 Jahren Volksschule habe man ihn ins Gymnasium nach A. und dort in ein Internat geschickt. Er habe den Anforderungen in dieser Schule nicht nachkommen können und sei einige Male durchgefallen, weswegen man ihn schließlich wieder nach Hause geholt und in eine Realschule geschickt habe. Darüber war der Patient eigentlich recht froh. Wegen des schon erwähnten Umzugs der Eltern nach O. mußte er die Realschule wechseln, konnte sie jedoch mit Erfolg abschließen und besuchte dann, entsprechend dem Wunsch der Eltern, eine Fachoberschule mit technischer

Ausrichtung. Um diese Schule besuchen zu können mußte er nach M., dem Wohnort seiner Schwester umziehen. Er willigte ein, da ihm dies eine höchst willkommene Gelegenheit war, dem Einflußbereich seiner Eltern, vor allem der einengenden Mutter zu entkommen und bei seiner Schwester wohnen zu können.

Schon als Kind sei er ein Einzelgänger gewesen und auch als Jugendlicher sei es ihm nicht leicht gefallen, Kontakte zu anderen zu finden. Er beschreibt sich selbst als etwas scheu und sensibel. Er sei leicht verletzlich, würde dies nach außen hin jedoch nie zeigen.

Auf die Frage, wie er denn seine Persönlichkeit einschätze, kann er keine Antwort geben. Mit anderen habe er nie darüber gesprochen. Nach langem hin und her zählt er einige Attribute auf, relativiert sie aber im nächsten Augenblick schon wieder. Er sei ruhig, vielleicht ein bißchen zu gutmütig, könne sich aber manchmal schon durchsetzen. Er sei nicht besonders ordentlich, aber auch nicht schlampig, wie seine Mutter ihn sehe.

Gesichtspunkte zur Psychogenese und Psychodynamik

Der in sich gekehrte, durch die mehrjährige chronische Erkrankung mitgenommen wirkende Patient schildert seine Symptome überraschend gefühllos und distanziert, als ob es sich um die Beschwerden einer fremden Person handelte. Er wirkt stets äußerst höflich, kooperativ und nörgelt trotz erheblicher Beschwerden nie. Offener Widerspruch kann während des gesamten mehrwöchigen Krankenhausaufenthaltes zu keiner Zeit beobachtet werden.

Schon als kleines Kind als sehr sensibel und scheu beschrieben, gelang es ihm nicht, zu der äußerst dominierenden Mutter und dem gleichgültig erscheinenden Vater eine tragende emotionale

Beziehung aufzubauen. So wurde die ältere Schwester allmählich zur wichtigsten Bezugsperson. Etwa ein Jahr nach dem Umzug der Familie an einen fremden Ort, in dem der Patient sich menschlich nur schwer zurecht fand, verließ diese Schwester die Familie, und Herr K. verlor nach der vertrauten Umgebung damit auch noch den Menschen, mit dem er sich am meisten verbunden gefühlt hatte. Diese Ereignisse müssen für ihn, der sich seine emotionale Verletzlichkeit und damit auch die Schmerzlichkeit des Objektverlustes nach außen nie anmerken ließe, außerordentlich belastend gewesen sein. In dieser Situation kommt es zur Erstmanifestation der Erkrankung. Eine bemerkenswerte Remission tritt erst ein, als es ihm schließlich gelingt, zu seiner Schwester zu ziehen und die vertraute Objektbeziehung wieder herzustellen.

Beginn und Exazerbation

Schon als Kind und Jugendlicher habe er von Zeit zu Zeit ein Stechen im rechten Unterbauch verspürt, was jedoch als Blinddarmreizung gedeutet worden sei. Im Alter von 29 Jahren kam es dann akut zu Durchfällen, auch mit Blutbeimengung sowie zu Schmerzen im Bereich der Ileocoekalklappe, wo auch eine faustgroße Resistenz zu tasten war. In den Monaten davor war der etwa 1-jährige Sohn mehrfach an Ekzemen erkrankt, die die gesamte Körperoberfläche befielen. Außerdem litt das Kind damals an Bronchialasthma mit akuter oft nächtlicher Atemnot. Die Mutter, die den Säugling zunächst abgelehnt hatte, wandte ihm nun ihre ganze Aufmerksamkeit zu. Das bemerkte der Patient zwar in einem Nachlassen der Aufmerksamkeit seiner Frau ihm gegenüber, er meinte jedoch, im Grunde sei er darüber froh gewesen, daß sie das Kind endlich akzeptiert habe.

Etwa 1 Jahr später wurde eine Hemikolektomie mit Resektion des terminalen Ileums und End-zu-Seit-Anastomose zwischen distalem Ileum und Querkolon durchgeführt. Kurz darauf kam es jedoch wieder zu den typischen Beschwerden, ohne daß nach Angaben des Patienten irgendeine für ihn schwierige Lebenssituation vorgelegen habe.

Kindheit und weitere Entwicklung

Die Kindheit wird vom Patienten als die schönste und harmonischste Zeit im bisherigen Leben angesehen. Er war kurz nach der Flucht seiner Mutter aus dem Osten zur Welt gekommen und habe seine ersten Lebensjahre mit insgesamt 8 anderen Personen in einer Wohnung gelegt. Als besonders angenehm ist ihm in Erinnerung, daß er in dieser Zeit - wie selbstverständlich - immer Kontakt zu anderen Menschen gehabt habe.

In der Volksschule sei ihm der Sport das allerwichtigste gewesen.

Er habe stets der Erste sein müssen, ob beim Fußball oder beim Turnen. Außerdem spielte er gerne Theater und wurde auch mehrmals mit Titelrollen betraut. Dies erschien ihm äußerst wichtig, während ihn der übrige Teil der Schule nicht besonders interessierte. Nach Abschluß der Volksschule begann der Patient eine Lehre als Nähmaschinenmechaniker, die er mit der Gesellenprüfung abschlos. In der kürzest möglichen Zeit absolvierte er - mit 23 Jahren - die Meisterprüfung und benötigte zu den normalerweise 1 1/2 Jahre dauernden Lehrgängen nur ganze sechs Monate. Oft arbeitet er in dieser Zeit bis zu 15 Stunden am Tag.

Im Alter von 23 Jahren heiratete er seine um drei Jahre jüngere Frau, die lieber noch einige Zeit gewartet hätte, wäre nicht schon ein Kind unterwegs gewesen. Entsprechend lehnte sie ihre Schwangerschaft ab und sträubte sich auch noch nach der Geburt gegen ihren Sohn. Er selbst war seinem Kind stets positiv gegenüber gestanden und litt sehr unter der Abneigung, die seine Frau ihm entgegenbrachte.

Elternpersönlichkeiten

Der Vater fiel im 2. Weltkrieg, als der Patient 1 Jahr alt war. Seine Mutter beschreibt Herr W. als eine sehr hektische Person. Wenn zum Beispiel unangemeldet Besuch komme, fände sie nicht die Zeit sich auch nur für einige Minuten hinzusetzen. Ständig müsse sie dies und jenes noch erledigen. Sie sei eine außergewöhnlich ordentliche Person, die Wohnung sei stets blitzblank sauber. Auf die Reinlichkeitserziehung der beiden Söhne habe sie großen Wert gelegt.

Persönlichkeit der Ehefrau

Sie wird ebenfalls als außergewöhnlich ordentlich beschrieben, sei jedoch ruhiger als er - der Patient - selbst. Die Wohnung blitze vor Sauberkeit. Seine Ehe bezeichnet Herr W. als sehr harmonisch. Sein Sohn sei schon sehr früh sauber gewesen, oft

habe ihn seine Frau im Alter von einem Jahr stundenlang auf dem Töpfchen sitzen lassen. Wenn das nichts genützt habe, und eine halbe Stunde später die Windeln voll gewesen seien, habe sich seine Frau sehr geärgert. Er selbst sei in dieser Beziehung etwas toleranter gewesen.

Persönlichkeit des Patienten

Herr W. beschreibt sich als sehr ehrgeizig und gewissenhaft. Wenn eine Arbeit zu erledigen sei, habe er keine Ruhe, bis alles bis auf das i-Tüpfelchen stimme und wenn er dabei bis tief in die Nacht hinein arbeiten müsse. Sein Beruf als Nähmaschinenmechaniker mache ihm Spaß, er liebe das Herumtüfteln an großen, kompliziert gebauten Maschinen, wo er "wie ein Doktor" nach dem Fehler - oft einem winzigen Detail - zu suchen habe.

Er ist nach eigenen Angaben nicht in der Lage, einmal für ein paar Minuten zu entspannen und nichts zu tun. An jedem Sonntagmorgen habe er schon einen genauen Plan, was er - zusammen mit seinem Sohn - alles zu erledigen habe. Oft habe er depressive Verstimmungen, was er auf seine Erkrankung zurückführt.

Der Patient erscheint dem Untersucher als - fast militärisch - korrekter Mensch. Die ärztlicherseits empfohlene schlackenarme Diät befolgt er überaus exakt, obwohl ihm das zweifellos enorme Opfer abverlangt; er ist in dieser Beziehung genauer als es der Arzt selbst vorgeschlagen hat. Über jedes winzige Detail seiner Erkrankung will er Bescheid wissen, er beobachtet äußerst genau, fast hypochondrisch, wie sein Körper arbeitet und auf Veränderungen reagiert. Er vertieft sich in Einzelheiten seiner Erkrankung, die selbst der gastroenterologisch ausgerichtete Arzt ihm nicht vollständig erklären kann.

Herr W. wächst bei einer als zwanghaft beschriebenen Mutter auf, der Vater starb bereits ein Jahr nach der Geburt des Patienten. Auch bei Herrn W. stehen ausgeprägte zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale im Vordergrund. Zur Erstmanifestation der Erkrankung kam es, als der einjährige Sohn des Patienten, der von der Mutter (Ehefrau des Patienten) zunächst offen abgelehnt worden war, plötzlich an Ekzemen und Bronchialasthma mit akuter nächtlicher Atemnot erkrankte. In dieser Situation überwand seine Frau die Ablehnung und wandte sich voll dem Kind zu. Da der Patient offene Abhängigkeitsstrebungen nicht zuläßt, kann nur vermutet werden, daß er die Hinwendung seiner Frau zum Kind als eine gleichzeitige Abwendung von ihm erlebte und es zu unbewußten Objektverlustängsten kam. Die Frage einer psychosomatischen Genese muß in diesem Falle also offen gelassen werden, wenngleich die ausgeprägte Zwanghaftigkeit in das psychopathologische Bild zu passen scheint.

Auslösende Situation und Exazerbation

Schon seit dem 25-igsten Lebensjahr besteht eine Neigung zu Durchfällen mit Bauchschmerzen, häufig in Zusammenhang mit Aufregung und Ärger, manchmal aber auch aus subjektiv völligem Wohlbefinden. Vor gut 5 Jahren wurden die Beschwerden des Patienten zum ersten Mal so stark, daß er ein Krankenhaus aufsuchen mußte. Kurze Zeit vorher war die Dienststelle des Patienten (er arbeitet als Sachbearbeiter bei einem Landwirtschaftsamt) wegen der Gebietsreform aufgelöst worden, so daß er von da an jeden Tag zur Arbeit in die 15 km entfernte größere Stadt fahren mußte. In der alten Dienststelle hatte er sich mit dem Dienstvorstand gut vertragen, es war nach Aussagen des Patienten ein fast familiäres Verhältnis. In dieser Zeit hatte er als Sachbearbeiter auch einen relativ großen Aufgabenkreis eigenverantwortlich zu betreuen. In der neuen Dienststelle kam es zunächst zu Kompetenzstreitigkeiten, wobei die anderen Kollegen oft von "ihren Ellbogen Gebrauch" gemacht hätten. Der Amtsvorstand sei ein recht unkollegialer Mensch, der die Arbeit seiner Untergebenen ständig kontrolliere; alle müßten nach seiner Pfeife tanzen, nur seine eigene Meinung gelte. Zudem ist das Sachgebiet, das der Patient zu bearbeiten hat, stark eingeschränkt worden. Obwohl er in der alten Dienststelle die umfangreichere Arbeit gut habe erledigen können, überlege er sich, ob er jetzt nicht eine Halbtagsstelle beantragen solle, weil er unter anderem auch wegen der immer wieder auftretenden Arbeitsunfähigkeit sein volles Pensum kaum noch bewältigen könne und seine Kollegen derzeit die von ihm nicht bewältigte Arbeit ständig miterledigen müßten.

Außerdem habe er in dieser Zeit erheblichen Streit mit seinen Eltern gehabt, da er zusammen mit seiner Frau einen Baum auf dem Grundstück seiner Eltern umgeschnitten habe (der Patient wohnt mit seinen Eltern in einem gemeinsam gebauten Zweifamilien-

haus), der ihn gestört habe, seinem Vater aber sehr wichtig gewesen sei. Dieser sei zu faul, sein Auto im Sommer in die Garage zu fahren und stelle es lieber unter den schattenspenden Baum. Die Eltern hätten ihm vorgeworfen, seine Frau hätte das alles angezettelt und er stünde unter ihrem Pantoffel. Überhaupt seien die Eltern der Auffassung, er würde seit seiner Heirat mehr zu seiner Familie als zu ihnen halten, eine Einstellung, die sie ihm übel nehmen. Sie sähen es nicht gerne, wenn er abends lieber mit seiner Familie als mit ihnen zusammensäße. Man habe offensichtlich erwartet, er werde wegen seiner Krankheitsfolgen (seit dem 13. Lebensjahr Parese beider Beine wegen Poliomyelitis, sowie ausgeprägte BWS-Skoliose) ständig beim elterlichen Anwesen (Gärtnerei) bleiben. Er sei gerade wegen der Krankheit besonders mit den Eltern verbunden gewesen, habe nie widersprochen und immer alles "geschluckt".

Persönlichkeit des Vaters

Herrischer Mensch, Egoist, der in erster Linie das Florieren seiner Gärtnerei im Auge hat. Er sei sehr streng gewesen, insbesondere erinnert sich der Patient daran, daß er stets alles habe aufessen müssen, was auf den Tisch gekommen sei, auch wenn ihm - vor allem bei fettem Fleisch - davor geekelt habe. Sein Vater sei auch ein recht sparsamer Mensch, der allerdings, was sein Geschäft betrifft erstaunlich großzügig sei.

Persönlichkeit der Mutter

Sie sei eine sehr launische Frau. Manchmal habe er fast jeden Tag Taschengeld bekommen, dann wieder über Wochen fast gar nichts. Sie habe sich hin und wieder bis zu 3 Kleider in der Woche gekauft, um dann zu Hause zu bemerken, daß sie ihr gar nicht zu Gesicht stünden. Sie habe die Kleider dann nie angezogen oder an Bekannte verschenkt. Sie sei ein ordentlicher, auf Sauberkeit bedachter, aber nicht besonders sparsamer Mensch, habe

keinen Putzfimmel. Wie sein Vater sei sie sehr ichbezogen. Ihre eigenen Kinder spiele sie gern gegeneinander aus, man wisse nie, wie man bei ihr "dran" sei.

Kindheit und weitere Entwicklung

An die ersten 6 Lebensjahr bestehen nur noch vage Erinnerungen. Die Mutter habe sich zumeist um das Geschäft gekümmert, die Kinder (der Patient hat noch zwei Brüder und eine Schwester) seien von Kindermädchen betreut worden, an denen er sehr gehangen habe. Wenn es einen Wechsel bei den Mädchen gegeben habe, habe er von seinen Geschwistern immer am meisten darunter gelitten. Schon früh entwickelte Herr H. eine "fast extreme" Sammelleidenschaft, er betreib u.a. eine Kakteenzucht und legte besonders auf möglichst große Vollständigkeit Wert. Außerdem sei er ein Waffennarr gewesen.

In der Schule seien vor allem beim Lesen Schwierigkeiten aufgetreten. Er habe deshalb fleißig geübt und schließlich den Lehrer als er von ihm wegen seiner Fortschritte gelobt wurde, sogar umarmt und geküßt. Insgesamt waren seine Leistungen als Schüler zufriedenstellend. Er hatte nicht den Ehrgeiz Klassenerster zu sein, wollter aber auch auf keinen Fall als Schlußlicht gelten. Mit 13 Jahren erkrankte er an Poliomyelitis und war deshalb mehrere Monate in verschiedenen Kliniken, wobei dem Patienten der zeitweilige Verlust der vertrauten elterlichen Umgebung am schwersten fiel.

Er habe schon als Kind nie widersprochen, sondern alles "geschluckt", obwohl er sehr empfindsam sei und schon die kleinsten vom Vater mehr spaßhaft gemeinten Zurechtweisungen ihn sehr bedrückt hätten. Nach der 7. Volksschulklasse entschloß er sich eine dreijährige Handelsschule zu absolvieren und trat dann eine Stelle im Landwirtschaftsamt seiner Heimatstadt an. Mit am wichtigsten erschien ihm dabei, durch diese Berufswahl in der Wohnung seiner Eltern bleiben zu können. "Die Vorstellung

bedrückte mich sehr, plötzlich mit Neuem, Unvertrautem konfrontiert zu werden, und dabei auf mich allein gestellt zu sein". Nach einer kurzen ersten Mädchenbekanntschaft lernte er im Alter von 20 Jahren seine jetzige Frau kennen. Besonders imponierte ihm, daß sie - aus einer kinderreichen Familie stammend - stets sehr sauber gekleidet gewesen sei, obwohl der Vater schon früh verstorben sei und sie selbst nicht viel verdient habe. Sie ist auch jetzt die Sparsamere, Ordentlichere in der Familie. Als die Eltern gesehen hatten, daß sich eine ernste Verbindung anbahnte, war vor allem die Mutter gegen eine Eheschließung, weil die Frau nicht standesgemäß sei. Auch jetzt versuche die Mutter immer noch, seine Ehefrau schlecht zu machen, ihn selbst aber wegen seiner durch die Kinderlähmung bedingten Behinderungen (der Patient kann nur mit Hilfe zweier Krücken gehen) in ein "Glaskästchen" zu sperren, um ihn damit stärker an sich binden zu können. Wenn er körperliche Arbeit verrichte, meine seine Mutter, es sei eine Schande, daß er als behinderter Mann das tun müsse, während seine Frau die Kinder spazierenfahre und untätig sei. Herr H. meint, seine Mutter würde es gerne sehen, wenn seine Ehe in Brüche ginge, nur damit er wieder - wie früher als hilfloses Kind - zu ihr zurückkehren müsse.

Persönlichkeit des Patienten

Herr H. sieht sich selbst als ruhiger, empfindsamer Mensch, der Auseinandersetzungen wenn möglich aus dem Weg geht und hofft, dadurch werde sich das Problem schon von selbst lösen. Vor allem den Streitereien mit den Eltern gehe er aus dem Weg, dagegen könne er mit seiner Frau, die emotionaler reagiere als er selbst, die meisten Probleme ruhig besprechen. Heftig zu werden, und jemanden anzuschreien sei bei ihm jedoch undenkbar. "Ich bin ein Mensch, der versucht durchzukommen, ohne anzuecken". An seinem Arbeitsplatz habe er anfangs versucht, Differenzen mit dem Chef in sachlicher Form auszutragen, habe

sich damit aber nicht behaupten können. Jetzt läßt er seine Launen ohne Widerstand über sich ergehen.

Er sei kein "durchtrainierter Bürohengst", das Menschliche sei ihm wichtiger als die Bürokratie. Besonders ehrgeizig sei er nicht, er könne seine Arbeit schon mal einige Zeit liegen lassen. Von Zeit zu Zeit sei er recht depressiv, was er auf seine - durch die Skoliose bedingten- Rückenschmerzen zurückführt. Darüber hinaus bezeichnet er sich als ängstlich. Wenn Frau oder Kinder außer Haus sind, habe er stets Sorge, es könnte ihnen etwas zustoßen, obwohl er diese Ängstlichkeit selbst als übertrieben ansieht. Eine Verwandte habe ebenfalls Rückenschmerzen gehabt, als deren Ursache sich schließlich ein Krebs der Bauchspeicheldrüse herausgestellt habe. Er hege deshalb immer wieder den Verdacht, auch bei ihm könne etwas Bösesartiges vorliegen.

Auf den Befrager wirkt Herr H. intelligent, sehr kooperativ und verständig und an allen möglichen Komponenten seiner Erkrankung äußerst interessiert. Gleichzeitig imponiert eine ängstlich-depressive, verhaltene Grundstimmung.

Überlegungen zur Psychogenese und Psychodynamik

Eine tragene emotionale Beziehung konnte Herr He. zu seiner launischen, kapriziös erscheinenden, dominierenden Mutter, die sich vornehmlich um das Geschäft kümmerte, nur mühsam aufbauen und vor dem herrischen, egoistischen Vater hatte er oft Angst. Deshalb boten sich dem recht abhänglichen schon als Kind nie Widerspruch leistenden Patienten nur die Kindermädchen als beständige Bezugspersonen an, unter deren häufigen Wechsel er deshalb auch besonders litt. Als Folge der starken Abhängigkeitsstrebungen wählte er einen Arbeitsplatz in der Nähe der elterlichen Wohnung und lebt auch jetzt noch mit der eigenen Familie im Haus seiner Eltern. An seiner alten Dienststelle gefiel ihm besonders das "familiäre Verhältnis". Zur

Exazerbation der Erkrankung kam es nach dem Wechsel des Arbeitsplatzes, der mit einem Verlust der vertrauten Umgebung, Kompetenzstreitigkeiten und zwischenmenschlichen Animositäten verbunden war. Zudem beschnitt der neue herrische Vorgesetzte seine allmählich gewonnene Eigenverantwortlichkeit und damit auch Unabhängigkeit. Da dem Patienten klar wurde, daß er seine Interessen nicht konfliktfrei durchsetzen konnte, ließ er die Launen seines Chefs lieber widerspruchslos über sich ergehen und unterdrückte narzißtischen Protest. In der gleichen Zeit kam es auch zu Streitigkeiten mit den Eltern, in deren Zentrum wiederum ungelöste Abhängigkeitskonflikte sowohl in Bezug auf die Eltern als auch die Ehefrau standen. Beide Probleme ließen sich nicht dadurch lösen, daß man ihnen aus dem Weg ging, aber eine offene Kontroverse mußte - aufgrund starker Objektverlustängste - gleichfalls vermieden werden. Der Ausweg in die Krankheit wird so verständlich.

Fall 4: Alfred A., 32 Jahre

Auslösende Situation und Exazerbation

Im Alter von 29 Jahren sei es erstmals zum Auftreten von diffusen Oberbauchkoliken und Durchfällen gekommen. Er sei damals als Grenzpolizist in einer völlig zufriedenstellenden Berufssituation gewesen, habe sich mit den Kollegen gut verstanden, auch mit der Familie habe es keinerlei Schwierigkeiten gegeben. Die Symptome haben seit dieser Zeit in wechselnder Intensität angehalten, zweimalige Krankenhausaufenthalte in den Monaten nach dem ersten Auftreten hätten nur eine vorübergehende Besserung des Beschwerdebildes erbracht. Es seien damals ein "nervöser Darm" bzw. eine "Darmgrippe" diagnostiziert worden. Während eines Urlaubs mit der Familie in einem Wohnwagen in der Nähe Venedigs sei es zu einer erheblichen Zunahme von Diarrhoen und Bauchschmerzen gekommen, ohne daß irgendwelche psychisch belastenden Momente vorgelegen hätten. Im November 79 kam es schließlich zur histologischen Diagnosesicherung. Der Patient befindet sich wegen einer Analfistel jetzt wieder in stationärer Behandlung. Die subjektive Symptomatik ist derzeit äußerst diskret, er habe nur zweimal täglich geformte Stühle und nahezu keine Bauchschmerzen.

Kindheit und weitere Entwicklung

Im Alter von drei Jahren kommt der Patient in den Kindergarten. Aus dieser Zeit stammen auch die ersten Erinnerungen, die überwiegend "positiv" sind. Er sei eher still und zurückhaltend gewesen, habe sich mit den anderen Kindern kaum gezanzt. Die sechsjährige Volksschulzeit wird ebenfalls als "positiv" geschildert, er sei gut mitgekommen und habe überdurchschnittlich gute Noten gehabt, obwohl er immer nur das Nötigste getan habe. Er sei ein ruhiger Schüler gewesen, habe wenige Schulfreunde gehabt und sei kein Anführer- sondern eher ein Mitläufertyp gewesen. Nach der 5. Volksschulklasse bestand der

Vater auf einen Wechsel ins Gymnasium, die Aufnahmeprüfung gelingt jedoch erst ein Jahr später. Gleichzeitig kam der Patient in ein Internat, das allerdings nur etwa 15 km vom Heimatort entfernt liegt. Zunächst wird auch diese Zeit als "angenehm" geschildert, er habe nur sehr selten Heimweh gehabt und im Gegensatz zu den meisten anderen beim Abschied der Eltern am Ende eines Wochenendes nie geweint. Er hätte sich seiner Emotionen geschämt und diese deshalb stets verborgen. Im Gymnasium sei er eher ein schlechter Schüler gewesen. Die schlechten Noten hätten ihn zweifellos bedrückt, aber auch das habe er sich niemals anmerken lassen. Plötzlich sagt er "mein Kind kommt mir nicht in ein Internat", obwohl die Zeit dort kurz vorher als recht angenehm geschildert wird.

Nach der sechsten Klasse habe man ihn wegen der schlechten Noten von der Schule genommen, worüber er recht froh gewesen sei. Der Vater habe dann entschieden, er solle Polizist werden und es war dem Patienten klar, daß er sich danach zu richten hatte. Ein anderer Beruf habe deshalb nicht zur Debatte gestanden, er habe sich keine entsprechenden Gedanken gemacht.

Bis zum Beginn der Polizeischule habe er einige Monate im Straßenbau gearbeitet und dadurch für seine damaligen Verhältnisse viel Geld verdient. Er sei damit nicht sparsam umgegangen sondern habe vor allem seinen Freunden und seiner Frau, die er damals kennengelernt habe, Vieles spendiert, für sich selbst habe er das Geld kaum verwendet. Während der Ausbildungszeit wurde seine Frau schwanger, er heiratete deshalb schon mit 18 Jahren. Die Heirat sei für später sowieso geplant gewesen, aber durch den früheren Termin habe er den Vorzug einer höheren Ausbildungsbeihilfe erhalten. Auch seine Frau sei damit einverstanden gewesen. Er habe bis zum heutigen Tag seine Ehe "noch kein einziges Mal bereut".

Während seiner Ausbildung zum Grenzpolizisten sei er nur an Wochenenden bei seiner Familie zu Hause gewesen. Dies habe ihm nicht besonders viel ausgemacht, obwohl er natürlich bemerkt habe, daß die Kinder dadurch zu seiner Frau ein engeres Verhältnis entwickelt hätten. Auch die Ausbildungszeit habe er in keiner schlechten Erinnerung, wenngleich ihm die Lernerei gar nicht liege und er deshalb froh gewesen sei, die Polizeischule endlich hinter sich gebracht zu haben. Er sei inzwischen zweimal versetzt worden. Sein Beruf mache ihm Spaß, aber trotzdem nehme er ihn nicht so ernst wie viele andere. Er bewohnt mit seiner Familie das Haus der Eltern. Alle kämen "hervorragend" miteinander aus, auch Schwiegermutter und Schwiegertochter verstünden sich ausgezeichnet. Sein Vater sage immer, er habe die beste Schwiegertochter der Welt. Wenn sie etwas von ihm wolle sei er äußerst großzügig, während er der Mutter des Patienten gegenüber sehr viel kleinlicher sei. Dahinter stecke zweifelsohne eine Menge Angeberei.

Ehefrau

Sie sei eine sparsame, gründliche Person und halte den Haushalt blitzsauber, obwohl er nicht behaupten könne, sie habe einen Putzfimmel. Sie sei bei weitem aktiver als er, könne perfekt tapezieren und habe sogar schon selbst Holzdecken montiert. Sie stammt aus ärmlichen Verhältnissen, der Vater sei Trinker gewesen. Zu den Kindern sei sie strenger als er und würde ihnen schon mal einen Klaps geben, während er seine Kinder nie schlagen würde. Sie habe bei den Kindern sehr auf eine frühe Sauberkeitserziehung geachtet und in diesem Punkt nicht nachgegeben. Er halte das zwar für richtig, wäre aber selbst nicht so konsequent gewesen. In vielen Punkten könne er seine Frau mit seiner Mutter vergleichen, obwohl letztere noch ruhiger gewesen sei. Er sagt während dieser Ausführung zweimal statt "meine Frau" irrtümlich "meine Mutter".

Vater

Er sei ein ziemlich herrischer Mensch ("Derwisch"), der des öfteren mit der Faust auf den Tisch haue. Zweifellos sei er die bestimmende Person in der Familie. Von Beruf Kaminkehrermeister habe er seine Tätigkeit zwar nie vernachlässigt, aber später oft nur noch seine Gesellen die Arbeit machen lassen und selbst die Kontrolle ausgeübt. Er sei dann tagsüber im Wirtshaus gesessen, habe ziemlich viel Alkohol getrunken, sei aber niemals völlig betrunken nach Hause gekommen. Ihn, seinen Sohn, habe er niemals geschlagen, dagegen aber recht oft angebrüllt. Bei Tisch habe er darauf geachtet, daß er stets alles Vorgesetzte aufesse, vorher habe er nicht vom Tisch aufstehen dürfen. In dieser Hinsicht sei er fast brutal gewesen. Obwohl man nicht sagen könne, daß sein Vater geizig sei, halte er das Geld doch zusammen und schreibe jeden ausgegebenen Betrag über zehn Mark säuberlich auf, um die gesamten Ausgaben am Ende des Monats addieren zu können. Das Haushaltsgeld gebe er nur ratenweise her, so daß seine Mutter ihn immer um neues Geld bitten müsse. Andererseits sei er ein recht geselliger Mensch und könne im Wirtshaus drei Tische gleichzeitig mit seinen Witzen unterhalten.

Mutter

Wird als ruhige, extrem gutmütige Frau geschildert. Sie habe nie aufbegehrt sondern immer alles geschluckt. Obwohl sie ein eher ängstlicher Mensch sei habe sie ihn nicht eingeengt, sei nicht überfürsorglich gewesen. Allerdings habe auch sie auf eine frühe Sauberkeitserziehung Wert gelegt. Als Beruf habe sie Schneidermeisterin gelernt, den Beruf auf Wunsch des Mannes nach der Heirat aber weitgehend aufgeben müssen.

Persönlichkeit des Patienten

"Ich habe viel von meiner Mutter geerbt"! Er sei ebenfalls äußerst gutmütig, mache widerspruchslos alles um was man ihn

auch bitte. Er schlucke alles und begehre nie auf. Einmal habe er einige Wochen lang mit einem Kollegen der als Draufgänger bekannt sei Streife fahren müssen. In dieser Zeit sei er nur mit Widerwillen zum Dienst gegangen, jedes Zusammensein mit diesem Kollegen habe ihn Überwindung gekostet. Trotzdem habe er sich das nie anmerken lassen. Schließlich sei er nach einem Gespräch mit seinem früheren Gruppenleiter wieder in die alte Mannschaft zurückversetzt worden. Etwa 6 Monate später kam es zum Ausbruch der Erkrankung. Sein Beruf sei für ihn keineswegs der einzige Lebensinhalt, er betrachte ihn mehr als Job. Er sei deshalb nicht besonders eifrig, tue nur das Notwendigste. Allerdings lege er Wert auf Pünktlichkeit sowie auf saubere und korrekte Arbeitsweise. Es mache ihn deshalb unsicher, wenn er mehrere Fälle gleichzeitig zu bearbeiten habe und er möglicherweise Gefahr laufe, den Überblick zu verlieren. Es ist ihm deshalb wichtig, eine neue Arbeit erst nach Abschluß des vorhergehenden Falles zu beginnen. Mit Vorgesetzten und Kollegen komme er ausgezeichnet aus, das zwischenmenschliche Verhältnis sei nahezu "ideal". Sein Hobby sei der Fußball. Früher habe er die Arbeit eines Platzwartes gehabt, das sei ihm aber auf die Dauer zu dumm geworden. Da er das dem Verein nicht offen zu verstehen geben wollte, habe er als Ausweg die Schiedsrichterprüfung abgelegt und könnte dann nur noch für diese Aufgabe tätig sein. Er sei Mensch, der noch nie mit anderen Streit gehabt habe. Er gehe Auseinandersetzungen stets aus dem Wege. Auch in seinem Beruf als Polizist versuche er stets zu vermitteln, Konfrontation sei ihm zutiefst zuwider.

Überlegungen zur Psychogenese

Im Vordergrund dieser Exploration steht der Eindruck, man habe es hier mit einer "völlig normalen" Lebensgeschichte zu tun, wie sie bei oberflächlicher Betrachtung schon von einigen der vorher genannten Autoren bei Crohn-Patienten beschrieben wurde. Herr A., wirkt äußerst kooperativ und kon-

statiiert mit souverän erscheinender Offenheit die "völlige Problemlosigkeit" seines bisherigen Lebens. Aber bei näherer Betrachtung fallen einige Merkwürdigkeiten auf. Zunächst bemerkt man die nahezu vollständige Aggressionshemmung, das Vermeiden jeglichen Konfliktes. Anstatt dem Fußballverein einfach mitzuteilen, man wolle die Arbeit als Platzwart nicht mehr machen, nimmt er lieber eine aufwendige Schiedsrichterausbildung in Kauf, um durch die neue Tätigkeit der alten entgehen zu können. Die Berufswahl läßt er sich von seinem Vater widerspruchslos vorschreiben. Die Zusammenarbeit mit einem als draufgängerisch bekannten, den Konflikt förmlich suchenden Kollegen, mit dem er einige Monate im gleichen Dienstwagen Streife fahren muß, verursacht äußersten Widerwillen in ihm. Anstatt jedoch eine Auseinandersetzung zu riskieren, läßt er sich lieber in eine andere Gruppe versetzen. Seine Zeit im Internat schildert er als "angenehm", er habe nur selten Heimweh gehabt. Kurze Zeit später sagt er plötzlich: "Mein Kind kommt mir nicht in ein Internat". Man merkt aus seinen Aussagen, daß diese Zeit auch für ihn bedrückend gewesen sein muß, die schlechten Schulnoten während der Internatszeit machten ihm zu schaffen und unter der Abwesenheit der Eltern litt er, auch wenn er sich das - schon damals - nie hatte anmerken lassen. Als er 18 Jahre alt ist, also noch während seiner Ausbildungszeit, wird seine Freundin unerwartet schwanger, so daß beide vorzeitig heiraten. Der positive Aspekt der höheren Ausbildungsbeihilfe ist alles, was er zu diesem Umstand zu bemerken hat. Er hat seine Ehe bis zum heutigen Tag "noch kein einziges Mal bereut". Man könnte die Reihe der Beispiele weiter fortsetzen, in denen Probleme, die meist auf dem Boden konflikthaft erlebter Abhängigkeiten entstehen, konsequent verleugnet oder vermieden werden und nur die "positiven" und "angenehmen" Seiten in den Vordergrund gestellt werden.

Fall 5: Jürgen Hu., 31 Jahre

Erstmanifestation und Exploration

Im Sept. 79 wurde bei dem Patienten anlässlich der Operation einer Hiatushernie ein Konglomerattumor im Ileocoecalbereich entdeckt und durch Hemicolectomie entfernt. Bei der histologischen Aufarbeitung des Resektionspräparates wurde ein Morbus Crohn diagnostiziert. Der Patient hatte bis zu diesem Zeitpunkt - abgesehen von brennenden Ober- und Mittelbauchschmerzen, die der Hiatushernie zugeordnet wurden - keine typischen Beschwerden, insbesondere keine Durchfälle.

Allerdings sei es ihm seit dem Tod seines um 5 Jahre älteren Bruders bedingt durch einen Autounfall vor etwa zwei Jahren, körperlich "nicht gut gegangen". Da er mit dem Bruder stets eng verbunden gewesen sei, habe ihn sein plötzlicher Tod "seelisch stark belastet". Dies habe sich auch "körperlich, vor allem durch Ober- und Mittelbauchschmerzen, niedergeschlagen". (Der Pat. ist in diesem Moment stark gerührt, er kann seine Tränen nicht zurückhalten). Einige Monate später habe sich eine Analfistel entwickelt, die operativ beseitigt worden sei.

Während des kürzlich durchgemachten zweiten Krankenhausaufenthaltes sei es zu einer Krise zwischen ihm und seiner Freundin gekommen, mit der er bereits sechs Jahre zusammengelebt hatte, der Patient konnte sich des Verdachtes nicht erwehren, sie habe nur einen Vorwand gesucht, um ihm den Rücken kehren zu können. Schließlich habe er auch erfahren, daß sie ihm untreu geworden sei. Seit dieser Zeit habe er oft wässerige Durchfälle mit mindestens drei Stuhlentleerungen pro Tag, außerdem habe er in dieser Zeit vorübergehend Potenzstörungen gehabt. Seine Freundin habe inzwischen die Bereitschaft erkennen lassen zu ihm zurückzukehren, er wolle aber nichts mehr von ihr wissen. Er könne doch seit

diesem Vorfall nie mehr sicher sein, ob sie ihm irgendwann nicht wieder untreu werde, und diese Unsicherheit sei ihm in einer Partnerschaft unerträglich.

Frühkindliche Entwicklung

"Sauberkeit war bei uns das Erste"! Deshalb habe seine Mutter auch großen Wert auf frühe Sauberkeitserziehung gelegt, schon mit knapp einem Jahr habe er regelmäßig das Töpfchen benutzt. Nach Erzählungen seiner Eltern sei er sehr anhänglich gewesen, die Mutter habe ihn im Alter von zwei Jahren noch gestillt. Dann habe sein Vater aber gesagt: "Jetzt ist Schluß". Aufgewachsen sei er in sehr ärmlichen Verhältnissen, die Familie habe zum großen Teil von der Sozialhilfe gelebt. Mit drei Jahren habe man ihn deshalb zusammen mit seinem um fünf Jahre älteren Bruder zu seiner Tante nach Holland geschickt, wo er insgesamt drei Jahre lang geblieben sei. Die Trennung von seiner Mutter habe ihn zunächst zwar erheblich belastet, aber er habe wenigstens noch seinen Bruder in der Nähe gehabt, mit dem er von da an ständig zusammen gewesen sei. Sie seien unzertrennlich gewesen, hätten alles gemeinsam gemacht, wenn Schwierigkeiten aufgetreten seien habe er stets Schutz bei seinem Bruder gefunden, zumal sie sich ja in einer eigenen, für die Umgebung fremden Sprache miteinander unterhalten konnten. So sei es ihm in Holland bald recht gut gegangen, die Tante habe ihm unter anderem ein Fahrrad gekauft und fast jeden Wunsch von den Augen abgelesen.

Schwerere Erkrankungen mit Hospitalaufenthalt habe er während der Kindheit nicht durchgemacht.

Mit sechs Jahren Rückkehr zu den Eltern und - aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse - erst ein Jahr später Beginn der Volksschule. Er sei stets ein guter Schüler gewesen, der Lehrer habe ihn deshalb oft als Vorbild herausgestellt. Nach Abschluß der Hauptschule habe er zunächst eine Lehre als Bäcker und Kon-

ditor abgeschlossen und anschließend - aufgrund eigenen Interesses - noch eine zweijährige Lehre als Koch absolviert. In diesem Beruf habe er aber wenig verdient und kaum Freizeit gehabt, so daß er schließlich noch den Schweißerbrieff erworben habe, um dann als Montagearbeiter tätig zu sein. Im Alter von 18 Jahren habe er sich zum ersten Mal verliebt und sexuellen Kontakt mit einem Mädchen gehabt. Da sie relativ weit weg gewohnt habe, habe man sich nur etwa einmal pro Woche treffen können. Schon zu dieser Zeit sei ihm an einer festen Bindung viel gelegen, so daß er den Kontakt zu dem Mädchen schließlich beendet habe. Knapp zwei Jahre später habe er sich erneut verliebt und sei von zu Hause ausgezogen, unter anderem auch in der Absicht, mit ihr zusammen zu leben. Als die Heirat eigentlich schon festgestanden sei, habe er sie plötzlich zusammen mit einem anderen Mann erwischt. "Wenn ich mich auf den Partner nicht hundertprozentig verlassen kann, dann ist die Beziehung für mich gestorben". Vor etwa sechs Jahren habe er schließlich seine letzte Freundin kennengelernt. Da er sie vor der Heirat noch genauer kennenlernen wollen, habe er mit ihr gemeinsam in einer Wohnung gelebt. Schließlich sei ihm während des geschilderten Krankenhausaufenthaltes auch bei ihr ein Seitensprung zu Ohren gekommen, worauf er die Beziehung sofort abgebrochen habe.

Persönlichkeit des Vaters

Der Vater des Patienten ist russischer Abstammung und hat nach Beendigung der deutschen Kriegsgefangenschaft eine Holländerin, die Mutter geheiratet. Er hatte Tiermedizin studiert, konnte den Beruf wegen fehlender Zeugnisse in Deutschland aber nie ausüben. Deshalb hätten sie in den ersten Nachkriegsjahren auch in strengster Armut gelebt. Er sei ein toleranter, niemals aggressiver, ordentlicher und auf Sauberkeit bedachter Mensch. Der Patient erzählt, er habe immer äußerste Hochachtung vor ihm gehabt, verehere

ihn geradezu und könne keinerlei negative Persönlichkeitszüge an seinem Vater erkennen. Besonders schätze er sein Wissen und seine Erfahrung. Oft seien andere Exilrussen zu ihm gekommen, um ihn um Rat zu fragen. Innerhalb der Familie sei er zweifellos dominierend, ohne dabei andere zu tyrannisieren.

Persönlichkeit der Mutter

Sie sei wie der Vater ordentlich und achte sehr auf Sauberkeit. Von Geburt Holländerin habe sie keinen besonderen Beruf erlernt, sei aber schon seit langem in einer Elektrofirma als Gelegenheitsarbeiterin tätig. Sie habe ihre Kinder nie vernachlässigt, im Gegenteil, oft sei sie ihm "zu fürsorglich" vorgekommen. Das falle ihm besonders in letzter Zeit auf, seit er wieder alleinstehend und krank sei. Sie komme fast jeden Tag zu ihm in die Wohnung, versorge ihn und erteile ihm gute Ratschläge. Dieses "Überbemuttern" rege ihn manchmal derart auf, daß ihm die Nerven durchgingen und es zum Streit mit ihr komme.

Den Vater habe sie - sicher aufgrund echter Zuneigung - kurz nach dem Ende des 2. Weltkrieges geheiratet. Etwa ein Jahr später sei dann sein älterer Bruder geboren worden. Beide seien sicherlich Wunschkinder gewesen, die Mutter habe ihre Kinder stets akzeptiert.

Persönlichkeit des Patienten

Als hervorstechendste Persönlichkeitsmerkmale siehe Herr H. bei sich selbst Anpassungsfähigkeit, aber auch Zuvorkommenheit und Hilfsbereitschaft. Er habe noch nie Aggressionen gezeigt, gehe Konfrontationen stets aus dem Wege und habe deshalb auch keine Feinde. Protest äußere er nie, sondern "schlucke immer alles hinunter". Er habe seine Wohnung in bester Ordnung und achte sehr auf ein gemütliches Heim. Als gelernter Koch sei er gerne in der Küche tätig, räumt aber

nach dem Kochen sofort wieder alles auf. Er könne es nicht ertragen, wenn das Geschirr schmutzig herumstehe.

Überlegungen zur Psychogenese

Der Patient schildert sein Leben und seine Krankheit auffallend distanziert, nur als der Tod seines Bruders zur Sprache kommt zeigt er stärkere Emotionen. Alles wird als "wunderbar" (er gebraucht dieses Wort immer wieder) geschildert, die Wohnung, die Beziehungen zu den Mitmenschen, der Beruf, die finanzielle Situation, obgleich zumindest die augenblickliche Situation für einen Außenstehenden kritisch erscheinen muß: Ständig Beschwerden aufgrund einer ätiologisch nicht geklärten Erkrankung, ohne echte und sichtbare Therapiemöglichkeit, Verlust der Freundin, Verlust von Beruf und früherer Arbeitskraft mit drohenden finanziellen Einbußen, Isolierung von der mitmenschlichen Umgebung. Nur gelegentlich wird eine depressive Grundstimmung deutlich, läßt er einen Einblick in seine Emotionalität zu. Am deutlichsten wird dies, als er über den Verlust des wohl einzigen Menschen spricht, zudem er uneingeschränkt Vertrauen hatte, nämlich seinem Bruder. Das so lange "genährte" Urvertrauen zu seiner Mutter, wurde ihm im Alter von drei Jahren abrupt und in sicherlich schmerzlicher Weise entzogen. Lediglich an seinen Bruder konnte er sich in der fremden, unverständlichen Umgebung noch klammern. Durch den Verlust seines Bruders sowie durch das wiederholte Erleben des Verlassenwerdens jetzt durch seine Lebensgefährtinnen verliert der Geborgenheit suchende aber zugleich so mißtrauisch gewordene Patient den tragenden sozialen Rahmen. Gleichzeitig bleibt ihm aufgrund seiner Emotionshemmung und dem Imperativ die Normalität als Fassade aufrecht erhalten zu müssen keine Möglichkeit der Problemlösung unter Einbeziehung Außenstehender, so daß der Ausweg in die somatische Erkrankung erklärbar scheint.

Fall 6: Barbara L., 23 Jahre

Auslösende Situation und Exazerbation

Im Nov. 78 kam es bei der Patientin erstmals zu plötzlich einsetzenden diffusen, z.T. krampfartigen Oberbauchschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen, unabhängig von Nahrungsaufnahme. Anhand einer Röntgen-Magenbreipassage diagnostizierte der Hausarzt damals ein Magengeschwür, eine entsprechende Therapie brachte aber keine Linderung der Beschwerden. Es entwickelte sich vielmehr nach etwa 14 Tagen eine Diarrhoe mit bis zu zehn Stuhlabgängen pro Tag, z.T. mit Blut- und Schleimauflagerungen. Etwa einen Monat vor dem Auftreten der ersten Beschwerden hatte es am Arbeitsplatz der Patientin Veränderungen gegeben. Der Betrieb nahm eine Produktionsumstellung vor, so daß die Patientin, von Beruf Lötlerin an einem Fließband, plötzlich mit einer veränderten, erheblich diffizileren Arbeit bei zusätzlich verschärftem Akkord konfrontiert wurde. Es sei eine "einzige Hetzerei" gewesen, der Werkmeister sei hinter ihr gestanden und habe sie zu schnellerer Arbeit angehalten. Sie habe ihr "Bestes getan", sei aber mit der neuen Tätigkeit nicht zurechtgekommen, zumal sich plötzlich auch die genannten Beschwerden eingestellt hätten.

Kurz nach der daraufhin erfolgten Krankschreibung sei es zunächst zu einer prompten Besserung gekommen, obwohl sie schon in dieser Zeit nach seelischen Aufregungen besonders unter Durchfällen zu leiden gehabt habe.

Im Dezember 79 wurde koloskopisch zunächst eine Colitis ulcerosa mit segmentärem Befall diagnostiziert. Im Frühjahr 1980 entschloß man sich wegen rezidivierender Ileussympptomatik schließlich zu einer Laparotomie, wobei eine Ileumteil- und Coecumresektion mit Ileoscendostomie durchgeführt wurde. Das Resektionspräparat erbrachte den eindeutigen histologischen Befund eines M. Crohn, im Colon fanden sich laut Operationsbericht

keine für eine Colitis ulcerosa typischen makroskopischen Veränderungen. Seit mehreren Monaten leidet die Patientin allerdings an Anorektalfisteln.

In den ersten sieben Wochen nach der Operation bestand völlige Beschwerdefreiheit, so daß die Patientin die Absicht hegte, ihre frühere Arbeit wieder aufzunehmen. Der Gedanke an die erneut bevorstehende Hetze beunruhigte sie jedoch zunehmend. Sie wurde nach eigenen Aussagen "ständig nervöser" bis sich einen Tag vor dem geplanten Wiederaufnehmen der Arbeit plötzlich wieder typische Bauchschmerzen und einen Tag später Diarrhoen einstellten. Der Hausarzt bestätigte daraufhin erneut ihre Arbeitsunfähigkeit.

Kindheit und weitere Entwicklung

Die Mutter der Patientin mußte wegen der unbeabsichtigten Schwangerschaft bereits im Alter von 17 Jahren heiraten und schon drei Monate später kam die Patientin zur Welt. Die Familie wohnte damals bei den Eltern des Vaters, da es mit den Großeltern mütterlicherseits wegen der Schwangerschaft und der frühen Heirat zu einem Zerwürfnis gekommen war. Der Säugling wurde bereits nach vier Wochen abgestillt, und zur Großmutter mütterlicherseits in Pflege gegeben, da die Mutter selbst wegen schlechter finanzieller Verhältnisse wieder zur Arbeit (angelernte Fließbandarbeit) gehen mußte. Auf die Frage, warum sie denn nicht von den Großeltern väterlicherseits, bei denen sie ohnehin gewohnt hätten, versorgt worden wäre, meint die Patientin, das sei auf die Großmutter mütterlicherseits zurückzuführen, die trotz des Zerwürfnisses darauf bestanden habe, das Baby zur Pflege zu bekommen. Sie habe gesagt, die andere Großmutter sei dazu nicht in der Lage, die könne "ja nicht einmal für sich selbst sorgen".

Die Großmutter habe sie "gut versorgt", ja sogar "verwöhnt". Auf frühe Reinlichkeitserziehung sei kein allzugroßer Wert

gelegt worden, die Großmutter habe aber sehr auf sie aufgepaßt und sie nie allein gelassen. Sie habe gesagt: "Gerade weil du nicht mein eigenes Kind bist, muß ich besonders auf dich aufpassen". Deshalb habe sie nie ohne Begleitung zu den Nachbarskindern gehen dürfen. Konflikte habe es deshalb nicht gegeben, da sich die Patientin als ein ohnehin anhängliches Kind schildert. Sie habe zumeist am Rockzipfel der Großmutter gehangen, sei extrem brav gewesen, habe eigentlich nie eine Trotzphase durchgemacht. Bis ins fünfte Lebensjahr hinein benötigte sie einen Sauger (Schnuller), den sie meist nach kurzer Zeit zerbissen habe, so daß sich Mutter und Großmutter über den "hohen Verbrauch" gewundert hätten. Schon als kleines Kind sei sie wegen ihrer Sauberkeit und Ordentlichkeit gelobt worden. Sie habe sich im Gegensatz zu anderen Kindern die Kleider nur selten schmutzig gemacht. Es habe damals eigentlich nur ein Problem gegeben, nämlich die Besuche der Mutter, die sie nachdem die Eltern ein neues Haus gebaut hatten, wiederholt aufgefordert habe, mit nach Hause zu gehen. Die Patientin erklärt, sie habe damals fast keine Beziehung zu ihrer Mutter gehabt, sie sei eigentlich eine "Fremde" gewesen. Deshalb habe sie sich auch mit Händen und Füßen gewehrt, mit nach Hause zu gehen, zumal die Großmutter gemeint hat, man solle ihr das Kind doch lassen. Im Alter von sechs Jahren, also mit Beginn der Schulzeit, habe schließlich aller Widerstand nichts mehr genützt, die Mutter sei hart geblieben und habe sie mit nach Hause genommen. Dort habe sie immer wieder den Wunsch geäußert, zur Großmutter gehen zu dürfen, habe vor allem abends oft geweint und wollte bei der Großmutter schlafen. Die Mutter habe jedoch nicht nachgegeben, den Kontakt zur Großmutter eine Zeitlang ganz untersagt und die Patientin wegen des penetrant vorgebrachten Wunsches manchmal auch geschlagen. Wenn die Eltern abends aus dem Haus gegangen seien und sie allein zurückließen, bekam sie furchtbare Angst, wollte zur Großmutter zurück und weinte. Die Mutter habe aber gemeint, sie müsse lernen allein

zu Hause zu bleiben, es komme nicht in Frage, daß sie zur Großmutter ginge. Diese Angst habe erst nachgelassen als nach drei Jahren die Schwester zur Welt kam, denn von nun an sei sie nicht mehr allein gewesen. Während dieser drei Jahre sei es allmählich zu einem Gewöhnungsprozeß gekommen, sie habe sich an die Mutter gewöhnt und wie schon zur Großmutter auch zu ihr eine intensive Anhänglichkeit entwickelt. Leider habe sie bei der Geburt der ersten Schwester die Erfahrung machen müssen, daß nun jemand anderer der Liebling der Mutter geworden war. Dies habe sie bisweilen traurig gestimmt, sie sei aber aufgrund dieser Rivalität auf die Schwester nicht böse gewesen, da durch sie ja die Angst vor dem Alleinsein gemindert worden sei.

Während der Schulzeit schildert sie sich als unauffällige Schülerin, die immer Kontakt mit anderen Klassenkameradinnen hatte, aber innerhalb der Gruppe eher ein Mitläufer gewesen sei. Im Alter von 15 Jahren, nach dem Hauptschulabschluß, besteht der Wunsch, Säuglingsschwester zu werden, da es ihr Freude macht, Babys zu versorgen und zu pflegen. Mit größeren Kindern könne sie aber nicht so zurechtkommen, da die meist nicht folgten und zu aktiv seien. Da sie für eine entsprechende Berufsausbildung noch zu jung war, entschloß sie sich, in die Fabrik zu gehen, wo sie als angelernte Kraft eine Stelle an einem Fließband bekam. Im Alter von 14 Jahren machte sie ihre erste Männerbekanntschaft, zu einer engen Beziehung kam es damals jedoch noch nicht, da sie sexuellen Kontakt zu diesem Zeitpunkt noch ablehnte. Ein Jahr später lernte sie ihren jetzigen Mann kennen und heiratete im Alter von 19 Jahren. Da die Patientin nach wie vor Angst vor dem Alleinsein hat, geht sie seit dem Beginn der Erkrankung tagsüber zu ihrer Mutter. Sie ist durch die Krankheit wieder der Liebling der Mutter geworden, die das Wiederaufleben der alten Mutter-Kind-Beziehung nach Aussagen der Patientin genießt.

Persönlichkeit der Mutter

"Sauberkeit ist bei ihr das Wichtigste", sagt die Patientin. Sie sei eine ruhige, ordentliche, recht sparsame Person, die ihren Kindern gegenüber eher streng sei. Die Patientin habe z.B. sofort nach der Schule die Hausaufgaben machen müssen und die Mutter habe sie anschließend sorgfältig kontrolliert. Sie sei die wichtigste Person in der Familie, habe "die Hosen an", sei viel energischer als der Vater. "Manchmal rutscht ihr schon die Hand aus". Bei der Geburt der ersten Schwester habe sich die Mutter mehr dieser zugewandt, was die Patientin damals sehr schmerzte. "Aber seit ich krank bin, bin ich wieder der Liebling".

Persönlichkeit der Großmutter

Sie sei fast genauso wie die Mutter, "gut" aber gleichzeitig energisch, könne sich - auch dem Großvater gegenüber - gut durchsetzen. Sie habe die Patientin recht gern, habe sie als Kind verwöhnt. Sie sei in den ersten Lebensjahren immer bei der Patientin gewesen, was die aber nicht als einschränkend und hemmend empfunden habe, da sie sowieso recht anhänglich sei.

Persönlichkeit des Vaters

Er wird als gutmütig und eher unscheinbar geschildert. Als Kind habe ihn die Patientin kaum gesehen, da er immer Schichtarbeit verrichtet und deshalb tagsüber viel geschlafen habe. Er habe deshalb auch keinen großen Einfluß auf die Erziehung gehabt.

Persönlichkeit des Ehemannes

Er sei ein gutherziger Mensch und habe einen "offenen Charakter". "Er ist immer für mich da", meint die Patientin und betont, das sei ihr an ihm auch das Wichtigste. Von Beruf Lastkraftfahrer fahre er an Wochenenden auch manchmal den Sanitätswagen für das

Rote Kreuz. Oft lasse er sich gerade dann für den Wochenenddienst einteilen, wenn die gemeinsamen Bekannten einen Ausflug geplant hätten. Das ärgere sie, da sie dann nicht mitmachen könnte. Sie habe keine Lust allein an solchen Unternehmungen teilzunehmen. In der Ehe gäbe es "keinerlei Probleme". Spontan spricht die sonst sehr wortkarge Patientin gleich zweimal die Tatsache an, daß sie auch schon von anderen Klinikärzten gefragt worden wäre, ob es Probleme in der Ehe gäbe, insbesondere, ob ihr Mann "fremdginge". Das komme nach Aussagen der Ärzte öfters vor, wenn die Ehefrau so lange im Krankenhaus liege. Auch am Stammtisch des Mannes habe man schon gegen sie gehetzt und gesagt: "Was willst du denn mit einer kranken Frau, laß dich doch scheiden"! Die Patientin wirkt in diesem Augenblick deutlich gespannt und ängstlich. Dann fügt sie sofort hinzu: "Auf meinen Mann kann ich mich verlassen, er hat mich jeden Tag im Krankenhaus besucht". "Er ist immer für mich da"!

Über die ältere der beiden Schwestern (jetzt 14 Jahre alt)

Als sie zur Welt kam war die Patientin gerade neun Jahre alt und zunächst recht enttäuscht, da nun ihre Schwester zum Liebling der Mutter wurde. Mit neun Monaten erkrankte sie an Ekzemen, die ihr auch heute noch manchmal zu schaffen machen. Außerdem leidet sie seit dem 11. Lebensjahr an Bronchialasthma, besonders im Frühjahr und Sommer während der Baum- bzw. Gräserblüte und bei nebeligem Wetter. Nach einem Kuraufenthalt in Österreich sei sie 1 1/2 Jahre lang völlig beschwerdefrei gewesen. Im Gegensatz zur Patientin wird die Schwester als lebhaft, eher unordentlich, rechthaberisch und sehr selbständig geschildert. Wegen ihrer Rechthabereien streite die Patientin auch manchmal mit ihr, obwohl sie sonst jedem Streit aus dem Weg gehe. Sie sei relativ früh sauber gewesen, obwohl der Mutter das nicht so besonders wichtig gewesen sei. Im Gegensatz zur jüngeren Schwester habe die Mutter sie ziemlich lange gestillt, außerdem

habe sie wie die Patientin selbst recht lange den Sauger (Schnuller) benutzt.

Über die jüngere der beiden Schwestern

Sie ist vier Jahre alt und wie die ältere Schwester sehr lebhaft. Sie sei trotzig und folge nicht, auch wenn man ihr etwas hundertmal sage. Das ist auch der Grund warum die Patientin mit ihr nicht so gut zurecht kommt. Besondere Krankheiten sind nicht bekannt.

Persönlichkeit der Patientin

Sie wirkt schüchtern, etwas ängstlich gespannt und keineswegs spontan. Ohne große emotionale Modulationsbreite beschreibt sie sich als überaus ordentlich und sauber, "wie meine Mutter". Sie könne es z.B. nicht ertragen, wenn kleine Kinder zu Besuch kämen und ihre häusliche Ordnung durcheinanderbrächten, indem sie z.B. den Wohnzimmertisch mit ihren Händen verschmierten. Auch bei der Ausübung ihres Hobbys, dem Handarbeiten und Nähen dulde sie nicht den kleinsten Fehler. Sie lasse sich ihre Gefühle nicht anmerken, noch nie habe sie jemand wütend gesehen. Sie gehe jedem Streit konsequent aus dem Weg, schlucke den Ärger lieber in sich hinein. Nur mit der älteren Schwester komme es wegen deren Rechthaberei manchmal zu kleinen Auseinandersetzungen. Noch heute könne sie das Alleinsein nicht ertragen und bekomme Angstzustände. Wenn ihr Mann etwas später als üblich nach Hause komme und sie nicht informiert sei, sei es mit den Durchfällen besonders schlimm. Sie beschreibe sich als passiv, anlehnsbedürftig, das Gegenteil eines selbständigen Menschen. Seit dem Ausbruch der Krankheit verbringt sie den größten Teil des Tages bei ihrer Mutter, deren Liebling sie jetzt wieder sei. Es sei jetzt wieder so wie früher und auch die Mutter, die nach dem Ehemann der wichtigste Mensch für sie ist, sei darüber recht froh.

Kurz vor dem Einschlafen habe sie manchmal Gedanken "wie angenehm und wie schön es wieder ist". An Träume könne sie sich nicht erinnern. Im Eheleben sei ihr das Wichtigste, daß ihr Mann immer da sei, die Sexualität stehe im Hintergrund, sei ihr manchmal lästig. Auf die Frage ob sie wieder in ihrem alten Beruf weiterarbeiten wolle, antwortet sie: "Mein Mann erlaubt das gar nicht mehr".

Gesichtspunkte zur Psychogenese und Psychodynamik

Während der Exploration der "einfach", schüchtern und leicht ängstlich gespannt wirkenden Patientin fällt zunächst ihre abnorme narzißtisch gefärbte symbiotische Objektbeziehung sowohl zum Ehemann als auch zur Mutter auf. Das Wichtigste an ihrem Mann ist ihr die möglichst ständige reale Anwesenheit, nur kurze unvorhergesehene Abwesenheit ruft sofort Angstgefühle hervor. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sicher auch die Tatsache ihres Krankseins sowie die in Erfahrung gebrachten Stammtischgespräche massive Angst vor Objektverlust (Ehemann) provozieren, die allerdings verleugnet wird und nur durch den ängstlich gespannten Zustand der Patientin während der Schilderung dieser Umstände zum Ausdruck kommt. Andererseits gelingt durch die Krankheit das Zurückschlüpfen in eine symbiotische Mutter-Kind-Beziehung. War zunächst die ältere der beiden Schwestern zum Liebling der Mutter geworden, so gelingt der Patientin durch ihr "krank sein" die Gunst der Mutter wieder vornehmlich auf sich zu lenken. Wie früher verbringt sie den ganzen Tag bei ihr und wehrt ihre Ängste vor dem drohenden Objektverlust (Ehemann) durch die Aktivierung der primitiven symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung ab. Bereits in der frühesten Kindheit, im Stadium des primären Narzißmus ist durch abrupten Wechsel der Bezugsperson eine Irritation in der Ausbildung eines Urvertrauens festzustellen, die die erkennbaren starken oral-abhängigen Strebungen erklärbar scheinen läßt, zumal die Mutter durch ihre Besuche und die regelmäßigen Aufforderungen mit ihr mitzukommen und die Großmutter zu verlassen, die allmählich ge-

wonnene Objektbeziehung zu der Großmutter und damit die in diesem Stadium einzige Liebesquelle immer wieder bedroht. Als Ausdruck der starken oral-abhängigen Strebungen kann der lange Gebrauch des Saugers gesehen werden, wobei der "hohe Verbrauch" durch Zerbeißen die relativen oral-kaptativen Wünsche offenbart. Dies sind gleichzeitig die einzigen aggressiven Regungen des sonst so "braven" Kindes. Die Individuationsphase kann sich wegen der überbehütenden Großmutter nicht ausbilden, da diese glaubt, auf das "fremde" Kind besonders gut aufpassen zu müssen. Durch die überfürsorgliche Pflege werden andererseits auch Schuldgefühle wegen des vorausgegangenen Zerwürfnisses überkompensiert, das seinen Auslöser ja in der frühen Schwangerschaft und damit letztlich in der Patientin hatte. Aus diesem Grund kommt es wohl nicht zur Ausbildung einer Trotzphase, die Patientin muß vielmehr lernen, daß die intensiven oral-abhängigen Bedürfnisse nur durch Anpassung, Aggressionshemmung, also durch Leistung und nicht durch Verweigerung befriedigt werden können. Eine aktive und damit konfliktreiche Auseinandersetzung mit der Umwelt und die damit verbundene erfolgreiche Entwicklung der Realitätsprüfung müssen unterbleiben. Deshalb bleiben die Ich-Funktionen brüchig, die Herstellung reifer Objektbeziehungen mißlingt. So spiegelt auch der Wunsch Säuglingsschwester zu werden das Streben nach symbiotischen Objektbeziehungen wieder. Die Entwicklungsstörung in der anal-retentiven Phase äußert sich in obsessiven Persönlichkeitsmerkmalen. Zur Erstmanifestation der Krankheit kommt es schließlich, als eine Leistung von ihr gefordert wird, die zu erbringen sie nicht in der Lage ist. Entsprechend der Kindheitsentwicklung opponiert die Patientin in dieser Situation nicht, sie unternimmt vielmehr alle Anstrengungen, die gestellten Forderungen zu vollbringen, da sie bei Versagen den Arbeitsplatz und damit auch die so notwendigen Kontakte zu den Arbeitskollegen verlieren würde, sie also isoliert und allein wäre. Als die differenzierteren Lösungsversuche der Anpassung und Leistung versagen und die Versagens- und

Verlustängste immer bedrohlicher werden, kommt es nach einer kurzen Phase des vegetativen Protests in Form von Übelkeit und Erbrechen schließlich zu einer Regression auf die früheste Form der Anpassung und Leistung und deren vegetativem Korrelat, der Stuhlabgabe in Form der Diarrhoe.

Erstmanifestation und Exazerbation

Die Beschwerden begannen im Oktober 75 mit uncharakteristischen Oberbauchbeschwerden, Appetitlosigkeit und etwas später krampfartigen Schmerzen im Unterbauch. In dieser Zeit bestand noch kein Durchfall, der Patient litt zunächst vielmehr unter Verstopfung. Nach einigen Monaten bildete sich bei anhaltenden Schmerzen eine palpable walzenförmige Resistenz im re. Unterbauch. Jetzt setzen auch breiig-wässrige Diarrhoen mit Schleim- jedoch ohne Blutabgänge ein. Nachdem mehrere coloskopische Untersuchungen zunächst keinen pathologischen Befund erbracht hatten, wurde im Januar 1976 schließlich eine Laparotomie durchgeführt und ein entzündlicher Tumor im Ileocecalbereich entfernt. Die histologische Aufarbeitung des Resektionspräparates ergab die Diagnose einer Enteritis regionalis Crohn. Bereits 14 Tage nach diesem Eingriff entwickelten sich wieder typische Beschwerden. Eine nochmalige coloskopische Untersuchung mit Biopsien erbrachte nun den Nachweis von Veränderungen im Sinne eines M. Crohn auch im Colon.

Im Jahre 1977 schließlich Ausbildung einer vesikorektalen sowie zweier Anorektalfisteln, die sich bis heute nicht verschlossen haben.

Im August 1975, also einige Monate vor Beginn der Erstmanifestation war der Patient im Alter von 26 Jahren noch zur Bundeswehr eingezogen worden. Schon in den ersten Tagen habe er sehr unter Schikanen zu leiden gehabt. Besonders habe ihn der herrische Ton gekränkt in dem ihm die z.T. um einige Jahre jüngeren Vorgesetzten Befehle gegeben hätten, die zudem teilweise völlig unsinnig gewesen seien. Zunächst habe er sich noch zu wehren versucht, habe widersprochen und die Unstimmigkeiten durch Diskussion klären wollen. Man habe jedoch jeden Widerspruch mit Ausgehrbot geahndet, so daß er oft nicht

zu seiner Familie habe heimfahren können. Er habe deshalb relativ rasch den Widerstand aufgegeben und die Wut lieber in sich hineingefressen, denn "am Wichtigsten ist mir gewesen, daß ich so oft wie möglich zu meiner Familie heimfahren konnte". "Es war eine richtige Konfliktsituation" meint der Patient. "Seit dieser Zeit schlagen sich Aufregungen bei mir sofort auf den Darm". Angefangen hätten die Schmerzen, als er an einem Abend, an dem er eigentlich frei gehabt hätte und gerne zu seiner Familie heimgefahren wäre, über- raschend zum Wacheschieben eingeteilt worden sei. Die Zeit bei der Bundeswehr sei "furchtbar" gewesen, er habe zu anderen Kameraden kaum Kontakte herstellen können, "da die alle anders waren als ich". Nur mit einem Vorgesetzten habe er sich anfangs gut verstanden, der sei "humaner" gewesen. Aber auch von ihm sei er schließlich sehr enttäuscht worden, da auch er ihn wegen seiner Schmerzen als Drückeberger angesehen habe.

Kindheit und weitere Entwicklung

Er sei sicherlich kein Wunschkind gewesen, da die Mutter bei seiner Geburt bereits 36 Jahre alt gewesen sei und damals im Jahre 1948 - eine sehr schlechte Zeit gewesen sei. Als der Patient zwei Jahre alt ist kommt es zur Scheidung der Eltern, die nach Verwandtenaussagen von der Mutter ausgegangen sei, die den Vater der Untreue verdächtigt habe. Hierzu meint der Patient, seine Mutter sei schon immer sehr eifersüchtig gewesen und habe den Vater wahrscheinlich grundlos verdächtigt. An seine frühe Kindheit und insbesondere an seinen Vater könne er sich nicht mehr erinnern. Die Verwandten sagen, er habe als Säugling oft geweint und sehen den Grund dafür darin, daß er zu wenig Essen bekommen habe. Habe man ihm etwas zu essen gegeben, so sei er ruhig gewesen. Auch er selbst könne sich noch erinnern, als Kleinkind "immer Hunger gehabt" zu haben, obwohl er nie untergewichtig gewesen sei. So habe er noch im Alter von vier Jahren einen Sauger benutzt. Da Mutter und Verwandte aber immer gesagt hätten, er solle sich schämen, er sei doch

schon viel zu groß dafür, habe er ihn schließlich aus eigenem Antrieb in den Ofen geworfen. Der Familie sei es nach der Scheidung finanziell nicht gut gegangen, die Mutter habe zunächst zwei Jahre Heimarbeit gemacht und sei als der Patient vier Jahre alt war dann ganztägig zur Arbeit gegangen. Über die Umstände seiner Sauberkeitserziehung habe er nie etwas erfahren. Er könne sich jedoch erinnern, daß er im Alter von etwa sieben Jahren für einige Tage in einem Zeltlager gewesen sei und es dort und auch noch einige Male später zum Einnässen ins Bett gekommen sei. Er habe damals geträumt, er müsse unbedingt Wasser lassen und habe anschließend im Traum "eine unheimliche Erleichterung" verspürt. Am nächsten Morgen sei dann das Bett naß gewesen. Solche Träume habe er auch als Erwachsener manchmal noch. Er wache dann auf und müsse zur Toilette. Die frühesten eigenen Kindheitserinnerungen werden als "positiv" geschildert. Er sei innerhalb der Spiel- und später Schulgruppe eigentlich mehr ein Anführer als ein Mitläufer gewesen. Die Mutter sei nicht sehr streng gewesen, aber er sei ja auch nach Aussagen der Mutter immer ein braves Kind gewesen. Die Schularbeiten habe er stets sofort nach dem Mittagessen erledigen müssen und die Mutter habe auch genau kontrolliert, ob alles in Ordnung sei. Die Mutter sei sehr selbstlos und habe auch ihn oft angehalten, zu teilen, nicht egoistisch zu sein. Zu seinem Bruder habe er eigentlich überhaupt keinen Kontakt gehabt, da dieser bei seiner Geburt bereits 17 Jahre alt gewesen ist und kurz darauf die elterliche Wohnung verlassen und von der DDR in den Westen gegangen sei. Schon während der Volksschulzeit sei Herr L. sensibel und leicht kränkbar gewesen. Er habe aber selten gestritten sondern habe seinen Unmut dadurch geäußert, daß er sich abgewendet habe und beleidigt gewesen sei. Er habe erlittenes Unrecht auf seine Weise "heimgezahlt". "Hat mir jemand einen Streich gespielt so habe ich ihm einen noch größeren gespielt". Nach Abschluß Volksschule entschloß er sich zu einer Maurerlehre, die er

mit der Gesellenprüfung erfolgreich beendet. Dann erfolgte zusammen mit einem guten Freund der Entschluß, einen alten Kindheitstraum zu verwirklichen, nämlich "aus der DDR abzu-hauen". Er habe überhaupt keine realistischen Vorstellungen über die Gefahren eines solchen Unternehmens gehabt. Poli-tische Motive habe es nicht gegeben, es lockte vielmehr das Abenteuer, die paradiesischen Vorstellungen über den Westen und vor allem das Gefühl, man könne durch ein Zurückschrecken sein Gesicht verlieren. Man müssen den anderen beweisen, "was für ein Kerl man sei, was man leisten könne". Nach geglückter Flucht habe er im Westen stark unter Heimweh gelitten, vor allem, weil er sich von dem Konkurrenzdenken und der Unkamerad-schaftlichkeit der Arbeitskollegen abgestoßen fühlte und keinen herzlichen Kontakt zu ihnen gewinnen konnte. Fast zwei Jahre lang kämpfte er mit der Absicht auch unter Inkaufnahme einer Gefängnisstrafe wieder in die DDR zurückzukehren. Da habe er im Alter von 23 Jahren seine spätere Frau kennengelernt. Kurz nach der Heirat entschloß sich der Patient, nochmals zur Schule zu gehen um den Meister- und Technikerabschluß zu erwerben. Er sei, wenn es um sein berufliches Fortkommen gehe durchaus ehrgeizig. Da er jedoch während der Bundes-wehrzeit krankgeschrieben worden sei, habe er seitdem keine Arbeit mehr aufnehmen können. Finanzielle Not bestünde nicht, da seine Frau und er jahrelang gut vorgesorgt hätten.

Der Kontakt in die DDR habe seit dem Tod seiner Mutter vor zwei Jahren nachgelassen. Früher habe er noch regelmäßig große Pralinenschachteln "Markenpralinen waren es immer", die er für sich selbst nicht habe kaufen können in die DDR geschickt. Das mache er jetzt nicht mehr, er verschenke nicht, was er sich selbst nicht leisten könne.

Über die Mutter

Sie sei eine "angenehme, gute Person" und sehr selbstlos. Es sei ihr sehr peinlich, wenn sie etwas annehmen müsse ohne

dafür eine Gegenleistung erbringen zu können. In ihrer Selbstlosigkeit habe sie aber durchaus auch ein Gefühl dafür, was sie "gerechterweise" von anderen erwarten könne. Menschen die ihr nahestünden könne sie nichts abschlagen. Ein weiterer wichtiger Wesenszug sei ihre ausgeprägte Sparsamkeit. Auch im Alter sei sie trotz eines Beinleidens stets mit der Straßenbahn gefahren und habe auf ein Taxi verzichtet, obwohl sie in dieser Zeit über ein beträchtliches Vermögen verfügte. Auf die Sauberkeitserziehung sei wohl kein besonders großer Wert gelegt worden. Allerdings sei er früh dazu erzogen worden, mit anderen zu teilen, herzugeben und ebenso selbstlos zu sein wie die Mutter.

Über seine Frau

Sie sei sehr fürsorglich , insbesondere seit es ihm wegen der Krankheit nicht so gut gehe. Vielleicht mache sie sich über die Erkrankung manchmal mehr Gedanken als notwendig. Trotzdem schätze er diese Fürsorglichkeit sehr. Eigentlich sei er sogar von seiner Frau in manchen Dingen abhängig, er würde ihr das aber nie zeigen. Sie brauche das nicht zu wissen. Den Haushalt habe sie hervorragend in Schuß, sie könne gut organisieren, sei äußerst sauber und ordentlich. Manchmal treffe sie Entscheidungen, ohne ihn vorher darüber zu informieren. Das ärgere ihn. So habe sie vor kurzem neue Gardinen gekauft, worauf er gemeint habe, "das Anbringen der Gardinen macht mir ja wieder ganz schön Arbeit". Sie meinte daraufhin, dafür habe sie schon jemanden zur Hand, er brauche das nicht zu machen, sondern solle sich lieber schonen. Entscheidungen über seinen Kopf hinweg irritierten ihn. Außerdem könne er es nicht leiden, wenn seine Frau beim gemeinsamen Besuch verwandter Familien für die Kinder Geschenke mitnehme und er erst davon erfahre, wenn diese von den Kindern bereits ausgepackt würden. Seine Kinder bekämen von diesen Verwandten nie etwas geschenkt, das sei eine Ungerechtigkeit. Deshalb sehe er es gar nicht gerne, wenn seine Frau trotzdem immer wieder Geschenke mache und ihm das in Kenntnis seiner Einstellung auch noch verschweige.

"Ich sage ihr immer: "Du kannst aus einem Egoisten keinen guten Menschen machen".

Über seine dreijährige Tochter

Sie sei eigentlich ein recht braves Kind. Manchmal versuche sie ihn "zu ärgern", dann schicke er sie jedesmal ins Bett. Oft komme sie nach einer Viertelstunde dann wieder und sage: "Papi, ich bin ja wieder brav, ich mach's nie wieder". Sie müsse oft ins Bett gehen, wenn sie nicht folge; er habe nämlich bemerkt, daß diese Strafe bei ihr am besten wirke. Auch wenn sie am Mittagstisch herumzapple und nicht essen wolle, sage er: "Du bist jetzt ruhig und ißt, sonst mußt du ins Bett". Wenn schon die Eltern ruhig am Tisch säßen, müsse man das von ihr auch erwarten dürfen. Schläge bekäme das Kind fast nie. Seine Frau sei viel zu gut zu ihr, sie lasse ihr alles durchgehen und schimpfe nie. "Das Kind hat ja alles, es lebt wie im Paradies". Ich hatte es damals viel schwerer. "Von Kindern ist ja sowieso kein Dank zu erwarten" meint der Patient dann plötzlich. Er sei für eine harte Erziehung, man dürfe den Kindern nicht alles durchgehen lassen. Seit dem 2. Lebensjahr leide das Mädchen an Verstopfung. "Wir haben alles mögliche versucht, nichts hat geholfen". Insgesamt fünfmal habe er der Tochter schon einen Einlauf gemacht. Obwohl sonst die Mutter für die Pflege des Kindes verantwortlich ist, hat diese Prozedur immer er vorgenommen. Jetzt bekomme sie regelmäßig Kleietabletten, dadurch sei der Stuhlgang endlich besser. "Am Anfang hatte ich schon Angst, sie hätte meine Erkrankung, weil die doch erblich sein soll".

Persönlichkeit des Patienten

Der Patient wirkt selbstsicher, gleichzeitig aber etwas vorsichtig. Er meint, er habe viele Wesenszüge seiner Mutter geerbt, manchmal sei er vielleicht etwas kleinlich (z.B. bei der Sache mit den Gardinen). Er sei sehr auf Ordnung bedacht und bei der Arbeit recht genau. Wenn er eine Arbeit anfangen

könne er nicht aufhören, bevor er sie nicht fertiggestellt habe, "es ist manchmal wie ein Zwang", denn er sehe ja ein, daß man eine Sache auch am nächsten Tag erst beenden könne. Mit Krankheiten habe er schlechte Erfahrungen gemacht. Er habe immer das Gefühl, wenn er mal eine Krankheit bekomme werde er sie nicht mehr los. "Ich hatte längere Zeit eine Schwellung am Unterlid. Das machte mir Sorgen; ich dachte, das werde ich nie wieder los". "Auch bei der Arbeit oder wenn es irgendwelche Probleme gibt, schaue ich, daß ich es hinter mich bringe". Die kleinsten Probleme ließen ihn oft stundenlang nicht los und wenn er sich auch noch so oft sage, sie seien doch gar nicht wichtig. Konflikte trage er nicht offen aus, obwohl er in Bezug auf Kränkungen recht empfindlich sei. Es brauche z.B. beim Kartenspiel jemand nur zu sagen "das ist doch Mist was du spielst" so sei er schon gekränkt, lasse sich das aber nicht anmerken. Generell lasse er sich seine Gefühle nicht anmerken, "das könnte als Schwäche ausgelegt und ausgenützt werden". Lieber schlucke er den Ärger in sich hinein.

Überlegungen zur Psychogenese und Psychodynamik

Der Patient kommt unerwünscht zur Welt als die Mutter bereits 36 Jahre alt ist und aufgrund ihrer Eifersucht schon zu diesem Zeitpunkt Spannungen zwischen ihr und dem Ehemann vermutet werden müssen. Als Kleinkind entwickelt er ausgeprägte oral-rezeptive Strebungen. Verwandte erzählen, er habe oft geweint und sei sofort still gewesen, wenn man ihm etwas zu essen gegeben habe. Auch er selbst kann sich erinnern, "immer Hunger gehabt" zu haben. So benützt er bis zum vierten Lebensjahr einen Sauger, den er schließlich - u.U. aus narzißtischem Protest gegen die orale Abhängigkeit - selbst in den Ofen wirft. Als er zwei Jahre alt ist, kommt es zur Scheidung der Eltern, die zwanghaft strukturierte Mutter widmet sich nun ganz dem Kind und hält es schon früh zu Selbstlosigkeit und Opferbereitschaft an. Schon während der Volksschulzeit gilt Herr L. als

sensibel und leicht kränkbar, zeigt seinen Unmut aber nie offen. Als im Alter von 21 Jahren der alte Kindheitstraum, in das "Paradies Westdeutschland" zu gelangen durch konkrete Pläne seines besten Freundes plötzlich Wirklichkeit werden soll, siegt das narzißtisch gefärbte Verlangen zusammen mit der Vorstellung, bei einem Ausweichen vor der Gefahr als Feigling dazustehen über die ungelöste Abhängigkeit zu seiner Mutter und seiner vertrauten Umgebung. So kann ihn nach gelungener Flucht nur die Bekanntschaft mit seiner späteren Frau davon abhalten, freiwillig und unter Inkaufnahme einer Haftstrafe wieder in die DDR zurückzukehren. Die wohl von der Mutter induzierten zwangsneurotischen Anteile seiner Charakterstruktur zeigen sich am deutlichsten im Umgang mit seiner Tochter, die prompt im Alter von zwei Jahren an einer chronischen Obstipation erkrankt. Als er mit 26 Jahren verspätet zum Wehrdienst einberufen wird, erlebt er die Schikanen seiner jüngeren Vorgesetzten als tiefe narzißtische Kränkung, während er von seinem vertrauten Zuhause abgeschnitten ist und in seiner neuen Umgebung keinen mitmenschlichen Kontakt findet. Ein offener Protest gegen die narzißtische Kränkung würde als eine Verschärfung der Abhängigkeitskonflikte erlebt werden und muß deshalb unterbleiben. In dieser Zwickmühle ohnmächtiger Wut kommt es zur Erstmanifestation der Krankheit.

Auslösende Situation und Exazerbation

Schon im Alter von 14 Jahren habe er - mit Beginn seiner Malerlehre - immer wieder unter Magenbeschwerden zu leiden gehabt. Aus diesem Grunde entschloß er sich schließlich auch, eine Umschulung anzustreben, zumal ihm der Beruf des Malers von Anfang an nicht gefallen habe. Nachdem er seine Tätigkeit aufgegeben hatte kam es auch prompt zu einer Beschwerdebesserung. Aufgrund der ungeklärten Finanzierungsfrage zog sich der Beginn der Umschulung immer mehr hinaus. Der Vater machte dem Patienten Vorwürfe, er solle wieder zu arbeiten anfangen, äußerte indirekt sogar den Verdacht, er sei arbeits-scheu. Dieser Vorwurf machte dem Patienten schwer zu schaffen, da er den Grund der verfehlten Berufswahl darin sah, daß ihn der Vater nichts habe lernen lassen, so daß er den erstrebten Beruf auf sozialem Gebiet (Behindertenhilfe) wegen des Fehlens der mittleren Reife nicht habe anstreben können. In demselben Zeitraum habe seine Freundin, die er damals bereits drei Jahre kannte auch noch einen anderen Freund gehabt und sich nicht eindeutig für den Patienten entscheiden können. Schließlich sei seine Mutter plötzlich an Leukämie verstorben. Dies alles habe ihn sehr mitgenommen, so daß er zunächst versuchte sich "durch massiven Alkoholgenuß Erleichterung" zu verschaffen. Wenig später sei es dann zur Erstmanifestation der Erkrankung mit starken Oberbauchschmerzen sowie blutig-schleimigen Durchfällen gekommen. Die internistische Untersuchung zeigte neben Ulzerationen im Duodenum eine Stenose des distalen Ileums sowie koloskopisch festgestellte Ulzerationen im Kolon. Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose eines M. Crohn.

Seine Freundin habe ihm in dieser Zeit viel geholfen, indem sie sich eindeutig zu ihm bekannt habe. Nur dadurch sei er in der Lage gewesen, seinen massiven Alkoholkonsum aufzugeben.

In der gleichen Zeit hätten sich allmählich auch Bauchschmerzen und Diarrhoen wieder gebessert.

Im Juli 80 kam es zu einer erneuten Verschlechterung, nachdem es am Arbeitsplatz "sehr viel Ärger" gegeben habe. Er habe sich in seiner Eigenschaft als Gewerkschaftsvertreter und Vertrauensmann gegen die damals beabsichtigte Streichung von Leistungszuwendungen gewandt. Der Chef des Betriebs habe sich fürchterlich aufgeführt, herumgeschrien und mit der Faust auf den Tisch geschlagen. "Ich dagegen bin äußerlich ganz ruhig geblieben. Ich habe mir nichts anmerken lassen, obwohl ich innerlich gekocht habe". Kurz nachdem er das Chefzimmer verlassen habe, sei es wieder zu Bauchschmerzen mit Durchfällen gekommen.

"Meine Krankheit hat hundertprozentig etwas mit dem Seelischen zu tun" meint er. "Ich schlucke Ärger in mich hinein und so kommt es dann heraus".

Frühe Kindheit und weitere Entwicklung

Auf die Frage nach seiner frühesten Kindheitserinnerung meint der Patient: "Das ist komisch bei mir; ich kann mich nur bis zu meinem 12. Lebensjahr zurückerinnern, dann setzt es aus; da muß irgendetwas gewesen sein. Andere können sich bis ins dritte Lebensjahr zurückerinnern". Von Verwandten habe er erfahren, daß seine Eltern auch nach seiner Geburt weiter zur Arbeit gegangen seien, da sie Geld für einen geplanten Hausbau gebraucht hätten. Er sei deshalb tagsüber immer bei den Großeltern gewesen. Seine Großmutter sei wohl etwas streng gewesen, habe sehr auf Sauberkeit und Ordnung geachtet und ihn immer ermahnt, er dürfe seine Kleider nicht schmutzig machen. "Sie hat mich eigentlich nur versorgt, während mein Großvater für mich da war, mit mir gespielt hat und mir Wärme gegeben hat". Der Großvater sei "eine Art Vorbild" für ihn. Bei ihm habe er sich schon mal schmutzig machen dürfen, aber er habe

immer gesagt: Wenn man sich schmutzig macht, muß man sich auch wieder waschen. Der Großvater sei der einzige Mensch gewesen, zu dem er wirklich Vertrauen gehabt habe. Er habe auch seinem Vater nichts erzählt, wenn er mal einen Streich gespielt habe, der habe ihn dann nämlich immer geschlagen. Die Eltern hätten nie Zeit für ihn gehabt. Wenn er abends von den Großeltern gekommen sei, habe es schnell etwas zu Essen gegen, und dann habe er schon ins Bett gehen müssen. Ein richtiges Familienleben habe es nie gegeben. Die Mutter sei zwar eine gutmütige Frau gewesen und habe ihn nie geschimpft, habe aber alle seine Unartigkeiten dem Vater erzählt, von dem er dann regelmäßig Schläge bekommen habe. Deshalb habe er der Mutter nie vertrauen können. Im Alter von zwei Jahren sei er an Wundstarrkrampf erkrankt; die Ärzte hätten ihn schon aufgegeben, aber er sei doch durchgekommen. Auf eine frühe Sauberkeitserziehung habe die Großmutter sicher Wert gelegt. Bis zur zweiten Volksschulklasse habe er Daumen gelutscht, er könne sich daran gut erinnern, weil er dafür von der Lehrerin mit einem Stock auf die Finger geschlagen worden sei, bis er es endlich aufgegeben habe.

Erschütternd sei für ihn der Tod des Großvaters gewesen, den er im Alter von 11 Jahren miterlebt habe. Der Großvater sei damals schon seit eineinhalb Jahren krank im Bett gelegen und obwohl der Patient damals eigentlich gewußt hatte, daß der Opa einmal sterben müsse, habe er davon nichts wissen wollen. Er sei jeden Tag bei ihm am Bett gewesen und habe mit ihm gespielt. Die Eltern hätten ihn, als es schließlich soweit war um drei Uhr nachts aus dem Schlaf gerissen und er habe mit dabei sein müssen als er starb. "Es war für mich wie ein Zusammenbruch".

Obwohl er einen Beruf auf fürsorgerischen Gebiet habe ergreifen wollen, habe ihn der Vater wegen finanzieller Schwierigkeiten nicht auf eine weiterführende Schule schicken können. Er habe

deshalb - zufallsbedingt - eine Lehre als Maler gemacht, nach deren Abschluß er noch einige Zeit bei der gleichen Firma gearbeitet habe. Er sei nie gerne zu Hause gewesen, da ihm der Vater ständig Vorschriften gemacht habe. Als er etwa drei Monate lang für seine Firma in einer Großstadt gearbeitet habe, sei er in eine Kommune gezogen, in der er sich ein eigenständigeres, harmonisches Zusammenleben versprochen habe. Der Versuch sei fehlgeschlagen, da er es nicht mehr mit habe ansehen können wie sich drei in der Kommune lebende Fixer kaputt gemacht hätten.

Im Alter von 18 Jahren gab der Patient seinen Beruf auf, da er wegen der Farbgerüche zunehmend unter Übelkeit und Magenbeschwerden zu leiden gehabt habe. Andererseits hätte er auch ohne diese Beschwerden über kurz oder lang die für ihn sinnlose Tätigkeit aufgegeben, da er schon immer einen Beruf ausüben wollte, "in dem man anderen Menschen helfen kann". Wegen ungelöster Finanzierungsprobleme in Bezug auf die Umschulung war er zunächst eineinhalb Jahre lang arbeitslos. Er meint: "Einerseits war es eine schöne Zeit, die ich nicht missen möchte; wir waren in einer Gruppe von fast 30 Leuten, meist Schüler und Studenten, in der es mir gut gefallen hat. Da ich über das meiste Geld verfügte, hatte ich so etwas wie eine Führerrolle. Andererseits war damals die Sache mit dem Alkohol. "Er trank in dieser Zeit bis zu 8 Halben Bier und ebenso viel Gläser Korn pro Tag. Mit seiner ersten, damals 15-jährigen Freundin gab es Schwierigkeiten, da sie für seine Probleme kein Verständnis hatte. Er lernte dann seine jetzige Freundin kennen, aber auch das war mit Problemen verbunden, da sich diese von ihrem früheren Freund über lange Zeit nicht trennen wollte. Sein Vater machte ihm in dieser Zeit ständig Vorwürfe, er sei arbeitsscheu, während seine Mutter besser verstand, daß ihm die Arbeit als Maler nicht lag. Kurz darauf verstarb die Mutter unvorhergesehen an Leukämie. Da der Patient zu ihr allmählich ein gutes Verhältnis entwickelt

hatte, schmerzte ihn der plötzliche Tod sehr. Kurz darauf bekam er dann die ersten Krankheitszeichen.

Da der Vater der Mutter ebenfalls ständig Vorschriften gemacht hatte und ihr damals im Haushalt nie zur Hand gegangen war, befürchtete der Patient, nun an die Stelle der Mutter treten zu müssen und quasi ein Diener des Vaters zu werden.

Drei Monate nach dem Tod der Mutter gelang es ihm schließlich das elterliche Haus zu verlassen und gemeinsam mit der Freundin in eine eigene Wohnung zu ziehen. Schon vorher hatte er auf die Umschulung endgültig verzichtet und sich eine neue Arbeitsstelle in einer Heizungsfirma gesucht. Die Tätigkeit selbst sagte ihm zwar auch nicht zu, aber da er sich nun gleichzeitig stark in der Gewerkschaftsarbeit betätigte, konnte er als Betriebsrat und Vertrauensmann endlich anderen Menschen helfen. Jetzt holte er im Telekolleg nebenberuflich die Fachschulreife nach und besuchte aus eigenem Interesse Kurse für Psychologie und Meditation.

Die Großmutter

Sie habe ihn während der Kindheit versorgt, sei etwas streng gewesen, habe z.B. immer die Hausaufgaben kontrolliert. Sie sei sehr auf Ordnung und Sauberkeit bedacht gewesen und habe sicherlich auf eine frühe Reinlichkeitserziehung geachtet, auch wenn er sich selbst daran nicht mehr erinnern könne. Leider habe sie wie seine Mutter alle seine Unartigkeiten dem Vater erzählt, der ihn dann abends oft geschlagen habe, ohne sich die Rechtfertigungen des Patienten überhaupt anzuhören. "Das war seine Art der Erziehung, er wollte nur seine Ruhe haben".

Der Großvater

Er sei der einzige Mensch in der Kindheit gewesen, zu dem er

uneingeschränktes Vertrauen gehabt habe. Er habe immer mit ihm gespielt und habe ihn auch manchmal Verbotenes machen lassen ohne es nachher dem Vater zu erzählen. Noch mit elf Jahren, als der Großvater schon krank im Bett gelegen sei, sei er die meiste Zeit bei ihm gewesen. Zu dieser Zeit hatten die Eltern ihr Haus bereits fertiggestellt, so daß Eltern und Großeltern zusammen wohnten.

Der Vater

Er sei ein Familientyrann gewesen. Wenn er abends nach der Arbeit nach Hause gekommen sei, habe er die Beine hochgelegt, keinen Finger mehr gerührt und geschimpft, wenn das Essen nicht gleich fertig gewesen sei. Dabei habe die Mutter neben der Tätigkeit in Haus und Garten noch eine Halbtagsarbeit berrichtet. Der Vater habe auch rigoros bestimmt welche Fernsehsendungen die Familie habe anschauen dürfen. Immer seien von ihm Vorschriften und Befehle ausgegangen, denen man un- widersprochen Folge zu leisten hatte. Für wirkliche und auch vermeintliche Vergehen habe er den Patienten fast immer geschlagen. Hätten z.B. mehrere Spielkameraden gemeinsam ein Fenster eingeworfen so sei für den Vater stets er der Schuldige gewesen und geschlagen worden, auch wenn der Patient völlig unschuldig war.

Die Mutter

Sie sei ein Arbeitstier gewesen ohne eigentliche Freude an der Arbeit zu haben. Von früh bis spät habe sie sich abgerackert und habe nie untätig sein können, auch wenn alle Arbeit schon erledigt war. Den Haushalb habe sie immer blitzsauber gehabt, so daß es schon ungemütlich gewesen sei. Alles mußte immer "in Reih und Glied" sein. Zog man z.B. ein Kleidungsstück aus, mußte es sofort sorgfältig zusammengelegt im Schrank aufgeräumt werden. Sie sei zwar gutmütig gewesen, habe aber nie Zeit für ihn gehabt. Sie habe selbst nie geschimpft, aber jede Kleinig-

keit dem Vater erzählt, so daß man kein Vertrauen zu ihr haben konnte. Trotzdem sei sie nach dem Tod des Großvaters allmählich zu seiner wichtigsten Bezugsperson geworden.

Der um fünf Jahre ältere Bruder

"Er ist das genaue Gegenteil von mir, ähnelt meinem Vater und führt sich in seiner Familie wie ein Diktator auf". Der Patient erklärt, er habe immer ein "sehr schlechtes Verhältnis" zu ihm gehabt. Als Kind sei er von ihm als der Kleinere und Dummere hingestellt worden. Das habe den Patienten maßlos geärgert, daß er einmal sogar mit dem Messer auf den Bruder losgehen wollte und die Eltern ihn abhalten mußten. Er habe nie eigenes Spielzeug oder neue Kleider bekommen, sondern mußte alles gebraucht von seinem Bruder übernehmen. Der Patient meint, er sei im Vergleich zu seinem Bruder zu kurz gekommen, der sei der Liebling des Vaters gewesen und viel seltener geschlagen worden.

Die Persönlichkeit des Patienten

Der Patient gibt sich betont selbstsicher, ist sehr kooperativ und mir freundlich zugewandt. Er sagt, er zeige möglichst keine Emotionen, das könnte nämlich als Schwäche ausgelegt werden. Situationen, die Aggressionen auslösen könnten suche er strikt zu vermeiden, wenn möglich indem er einfach weggehe. Unabhängigkeit sei ihm das Wichtigste, er sei zum Beispiel auch von seiner Freundin "völlig unabhängig". Genauso wichtig sei ihm aber auch die Gewißheit, jemanden zu haben, der immer für ihn da sei. Das gebe ihm Sicherheit. Es wäre "furchtbar", wenn er keinen Menschen hätte, an den er sich mit Problemen wenden könnte. Jetzt, während des Krankenhausaufenthaltes sei ihm der Gedanke sehr wichtig, daß seine Freundin komme um ihn zu besuchen und daß er später wieder bei ihr zu Hause sei. Zu einer Heirat könne er sich nur deshalb nicht entschließen,

weil ihn sein Vater ständig dazu dränge. Er könne es nicht ausstehen, wenn ihm jemand Vorschriften mache. Andererseits leide er manchmal etwas unter Entschlußlosigkeit, er wälze Probleme hin und her und entschlöße sich erst spät. Habe er sich aber für etwas entschlossen, so bleibe er dabei, auch wenn er später erkennen müsse, daß dies fehlerhaft gewesen sei. Einen neuen Arbeitskollegen schätze er anfangs bewußt zu hoch ein. "Würde ich ihn, ohne ihn genau zu kennen, nicht zu hoch einschätzen, könnte es sein, daß er mir in einer Situation überlegen ist".

Wenn im Fernsehen aggressive Handlungen oder massive Ungerechtigkeiten gezeigt würden, könne es passieren, daß er plötzlich zu heulen anfänge. Er könne sich dann trotz aller Anstrengungen nicht zurückhalten, es komme einfach über ihn.

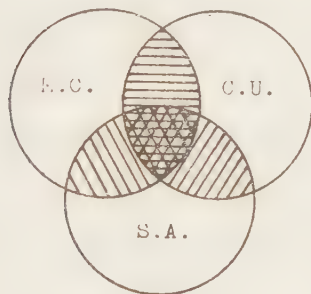
Überlegungen zur Psychogenese und Psychodynamik

Die frühe Kindheit des Patienten ist gekennzeichnet durch eine erhebliche Unsicherheit im Bereich der Bezugspersonen. Er lebt tagsüber bei den Großeltern und sieht seine Eltern nur abends, die Mutter kann sich wegen anderweitiger Beschäftigung nicht um ihn kümmern, die Erziehung des despotischen Vaters scheint vornehmlich aus Bestrafung zu bestehen. Die Großmutter nimmt die Rolle des kontrollierenden Versorgers ein und lediglich zum Großvater entwickelt sich ein enges Vertrauensverhältnis. Seinen Tod erlebt der inzwischen elfjährige Junge deshalb als einen "Zusammenbruch", als einen katastrophalen Lebenschnitt, der zur Verdrängung der diesem Ereignis vorausgehenden Erinnerungen führte.

Der Patient kann seine infantilen Abhängigkeitsstrebungen nicht lösen, gebraucht noch zu Beginn der Volksschule seinen Sauger und erkrankt schließlich an der Enteritis regionalis als seine Mutter, die nach dem Tod des Großvaters allmählich zu seiner wichtigsten Bezugsperson geworden war, plötzlich an Leukämie stirbt, während seine Freundin sich im gleichen

Zeitraum nicht zwischen ihm und einem anderen Verehrer entscheiden kann. Ein weiteres Licht auf seine oral-rezeptiven Bedürfnisse wirft der zeitweilige massive Alkoholkonsum, als sein Vater ihm wegen seiner Arbeitslosigkeit Vorwürfe macht und bei dem äußerst sensiblen Patienten eine massive narzißtische Kränkung hervorruft. Dabei versucht Herr F., seine Emotionen und die leichte Verletzlichkeit nach außen nicht zu zeigen und legt eine Pseudounabhängigkeit an den Tag. "Ich bin von meiner Freundin völlig unabhängig", meint er, äußert jedoch unmittelbar anschließend auf indirektem Wege deutliche Abhängigkeitsstrebungen.

Schema Nr. 1 : Schematische Darstellung der Theorie der überlappenden Genotypen bei Enteritis regionalis Crohn (M.C.), Colitis ulcerosa (C.U.) Spondylitis ankylosans (S.A.).



-  M.C. + S.A.
-  C.U. + S.A.
-  M.C. + C.U.
-  M.C. + S.A. + C.U.

Nach: McConnell, 1971

Schema Nr. 2 : Schematische Darstellung des Spezifitätsbegriffs bei der Ätiologie von vegetativen Funktionsstörungen. (Nach Alexander, 1951)



Tabelle Nr.1

Kriterien der Differentialdiagnose zwischen Colitis regionalis Crohn, Colitis ulcerosa und ischämischer Colitis

	Colitis regionalis Crohn	Colitis ulcerosa	Ischämische Colitis
Lokalisation der Darm-erkrankung	Diskontinuierlicher Befall, Rectum oft verschont, Ileum oft erkrankt	In Kontinuität: Rectum-Sigma Rectum-Sigma-Descendens Colitis totalis	Vorwiegend linke Colonflexur und angrenzende Abschnitte befallen, Rectum fast immer verschont
Art des Durchfalls	Blutung fehlend oder sporadisch vorhanden	blutig-schleimig	Blutung massiv
Art der Schmerzen	Tenesmen selten, starke krampfartige Schmerzen	Tenesmen, wenig krampfartige Schmerzen	Tenesmen selten, starke Schmerzen
Rektoskopischer Befund	oft negativ, wenn positiv: kleine Einzelgeschwüre, größere flache Geschwüre, Pflastersteinphänomen	diffuse Blutungen aus Mikrogeschwüren	meist negativ
Radio-logischer Befund	Große Ulcera, Pflastersteinphänomen, Pseudo-divertikel, selten: tox. Megacolon	Bei Proctosigmoiditis oft negativ, positiv: kleine Geschwüre, Pseudopolpen, tox. Megacolon	Daumendruckphänomen, später Stenosen oder Restitution
Coloskopischer Befund und Röntgenbefund	Coloskopie zeigt oft größere Ausdehnung der Erkrankung als Röntgenuntersuchung	Bezüglich Ausdehnung der Erkrankung gute Übereinstimmung	unbekannt

nach H. Fahrländer et al.: Die chronisch entzündlichen Darmkrankheiten; Ergeb. Inn. Med. Kinderheilkd. 42:1 - 111 (1979)

Tabelle Nr. 2

Enteritis regionalis Crohn: Das Ansteigen der Inzidenz in den verschiedenen Regionen

Land	Region	Autor	Zeit	Zahl	Inzidenz
Großbritannien	Aberdeen	Kyle	1955 - 1969	166	1,7 → 2,6
	Nottingham	Miller	1958 - 1972	144	0,73 → 3,63
	Clydesdale	Smith	1961 - 1970	303	♂: 1,0 → 1,6 ♀: 1,4 → 2,2
	Oxford	Evans	1951 - 1960	24	0,8 ¹
	Nordirland	Humphreys	1966 - 1973	159	1,3 ¹
	Gloucester	Tresadern	1966 - 1970	19	1,5 ¹
	Cardiff	Mayberry	1934 - 1970	232	0,18 → 5,95
Schweden	Uppsala	Krause	1956 - 1967	123	1,0 → 4,2
	Uppsala	Bergmann	1956 - 1973	264	1,0 → 6,8
	Stockholm	Hellers	1955 - 1974	826	1,0 → 4,5
	Malmö	Brahme	1958 - 1973	191	3,5 → 6,0
Norwegen		Myren	1964 - 1969	233	0,54 → 1,19
		Gjone	1956 - 1963	73	0,17 → 0,34
Dänemark	Kopenhagen	Høj	1960 - 1969	64	1,12 → 2,55
USA	Baltimore	Monk	1960 - 1963	43	1,8 ¹
Schweiz	Basel	Fahrländer	1960 - 1969	110	1,1 → 2,6
Finland	Turku	Havia	1950 - 1970	32	0,27 ¹
Spanien	Galizien	Fiol	1960 - 1975	39	0,08 → 0,4
Italien	Bologna	Lanfranchi	1972 - 1973	15	0,8 ¹
Israel	Tel-Aviv	Rozen	1970 - 1976	44	1,28 ¹
Singapur		Lee	1965 - 1970	4	0,04 ²

¹ Durchschnittliche Inzidenz

² Bezogen auf die chinesische Bevölkerung

Tabelle Nr.3

Enteritis regionalis Crohn: Geschlechtsverteilung und Altersgipfel bei Erstmanifestation

Autor	Fallzahl	Geschlechtsverteilung $\delta : \varphi$	Alter bei Erstmanifestation: Häufigkeitsgipfel
Krause	123	ca. 1 : 1	15 - 29 J.
Kyle	166	ca. 1 : 2	unauff.
Miller	144	55 : 89	--
Smith	303	117 : 186	20 - 29 J.
Humphreys	159	68 : 91	20 - 29 J. und 50 - 59 J.
Bergmann	264	ca. 1 : 1	15 - 29 J.
Hellers	826	379 : 447	15 - 29 J.
Brahme	191	ca. 1 : 1	20 - 29 J.
Myren	233	121 : 112	20 - 29 J. und 60 - 69 J.
Fahrländer	110	ca. 1,8:1,4	20 - 29 J.

Tabelle Nr.4

Enteritis regionalis Crohn: Familiäres Auftreten

Autor; Jahr	Fallzahl	Fallzahl mit Mehrfacher- krankung in der Familie	Relation in Prozent
Crohn; 1958	800	20	2,5
Kirsner; 1963	185	20	10,8
Singer; 1971	646	113 ¹	17,5 ¹
Freel; 1974	51	4	8
Atwell; 1965	92	3	3,8
Lennard-J.; 1968	145	9	6,2
Krause; 1971	123	4	3,2
Fahrländer; 1971	110	2	1,8
Brahme; 1975	191	11	5,2
Korelitz; 1979	353	55 ¹	16 ¹
Hellers; 1979	826	52	6,3

¹ einschließlich Colitis ulcerosa

Tabelle Nr.5

Enteritis regionalis Crohn: Häufigkeit bei Angehörigen der jüdischen Religion.

Autor; Jahr	Fallzahl	davon Juden	Relation in Prozent	Jüdischer Anteil der Normalbevölkerung in Prozent
Acheson; 1960	742	65	21	4,5
van Patter; 1954	600	153	25,5	?
Brahme; 1975	191	5	2,6	0,52
Singer; 1971	646 ¹	285	44	?
Rappaport; 1951	103 ¹	18	17,5	4,5
Fahrländer; 1971	69	1	1,4	1
Keighley; 1976	260	2	0,8	0,3

¹ einschließlich Colitis ulcerosa

Tabelle Nr.6

Enteritis regionalis Crohn: Häufigkeit bei Farbigen

Autor; Jahr	Fallzahl	davon Farbige	Relation in Prozent	Farbiger Anteil der Normalbevölkerung in Prozent
Rappaport; 1951	85	5	5,9	ca.10
van Patter; 1954	600	1	0,17	?
Rogers; 1971	263	9	3,5	?
Acheson; 1960	742	44	5,9	ca.15
Samuels; 1974	1557	58	3,7	ca.23,6 ¹
Ratzlaff; 1970	35	2	5,7	ca.12

¹ Chicago, 1960

1. ACHESON, E.D. : The ditibution of ulcerative colitis and regional enteritis in United States veterans with particular reference to the Jewish religion.
Gut 1: 291 - 293 (1960)
2. ALEXANDER, F. : Remarks about the relation of inferiority feelings to quilt feelings.
Int. J. Psychoanal. 19: 41 - 49 (1938)
3. ALEXANDER, F. : Psychosomatische Medizin.
Berlin, New York; de Gruyter 1971
4. ALEXANDER-WILLIAMS, J. :
The place of surgery in Crohn's disease.
Gut 12: 739 - 749 (1971)
5. ALUWIHARE, A. P. R. :
The electron microscope and Crohn's disease.
1978
6. ANSELL, B. : Arthritis manifestations in regional enteritis.
WIGHLEY, R. : Ann. Rheum. Dis. 23: 64 - 72 (1964)
7. ARMITAGE, G. Crohn's disease. A survey of literature and
WILSON, M. : report on 34 cases.
1950
8. ARONSON, M.D. Isolation of a viral agent from intestinal
PHILLIPS, C.A. tissue of patients with Crohn's disease
BEEKEN, W.L. and other intestinal disorders.
GOSWAMI, K.K.A. Gastroenterology 66: 661 (1974)
MITCHELL, D.N.:
9. ATWELL, J.D. The outcome of Crohn's disease.
DUTHIE, H.L. Brit.J. Surg. 52: 966 (1965)
GOLIGHER, J.C.:
10. BEEKEN, W.L. Studies of a viral agent isolated from
GOSWAMI, K.K.A. patients with Crohn's disease and other
MITCHELL, D.N. : intestinal disorders.
Gut 16: 401 (1975)
11. BEEKEN, W.L. Correlations between clinical, blood leukocyte
SESSIONS, J.T. and skin test data in the National Cooperative
BOZYMSKI, E.M. : Crohn's Disease Study.
Gastroenterology 77: 921 - 924 (1979)
12. BERG, N.O. : Crohn's disease in monozygotic twins.
Acta Chir. Scand. 138: 633 - 635
13. BERGMANN, L. : Crohn's disease. A study of epidemiology,
aetiologi und therapy.
Acta universitatis Uppsaliensis
Uppsala 1976

14. BIRNBAUM, D. Ulcerative colitis among the ethnic
 GROEN, J.J. groups in Israel.
 KALLNER, G. : A.M.A. Arch. Intern. Med. 105: 843 - 848 (1960)

15. BOCKUS, H.L.: Present Status of chronic Regional or
 Cicatrizing Enteritis.
 Jama 127: 449 - 456 (1945)

16. BOCKUS, H. L.: Regional enteritis.
 Gastroenterology 2: 226 - 310 (1964)

17. BOLTON, P.M. Negative findings in laboratory animals
 OWEN, E. for a transmissible agent in Crohn's
 HEATLEY, R.V.: disease.
 Lancet II: 1122 - 1124 (1973)

18. BOLTON, P.M. Aetiology of Crohn's disease.
 HEATLEY, R.V. Lancet II: 951 (1974)
 OWEN, E. :

19. BORER, F.: Crohn's disease in infants.
 Gastroenterologia 95 : 48 - 56 (1961)

20. BRAHME, F.: Crohn's disease in a defined population.
 An epidemiological study of incidence and
 prevalence, mortality and secular trends
 in the city of Malmö, Sweden.
 Gastroenterology 69 (2): 342 - 351 (1975)

21. BRÄUTIGAM, W.: Psychosomatische Medizin.
 Stuttgart, 1975.

22. BREMNER, C.G.: Polyps and carcinoma of the large bowel
 in the South African bantu.
 Cancer: diagnosis, treatment, research
 26 (5): 991 - 999 (1970)

23. BRILL, C.B. Regional enteritis and enterocolitis.
 KLEIN, S.F. A study of 74 patients over 15 years.
 KARK, A.E. : Ann.Surg. 170: 766 - 774 (1969)

24. BROWN, P.W. Chronic Inflammatory Lesions of Small
 BARGEN, J.A. Intestine (Regional Enteritis).
 WEBER, H.M. : Ann. J. Digest Dis & Nutrition 1: 426 (1934)

25. CAPPANNARI, S.C. Voodoo in the general hospital.
 RAU, B. A case of hexing and regional enteritis.
 ABRAM, H.S. J.A.M.A. 232: 938 - 940
 BUCHANAN, D.C.: (1975)

26. CODE, C.F. Motility patterns in the terminal ileum:
 ROGERS, A.G. studies on two patients with ulcerative
 SCHLEGEL, J. colitis and ileac stomas.
 HIGHTOWER, N.C. Gastroenterology 32: 651 - 665 (1957)
 BARGEN, J.A. :

27. COHN, E.M. : Regional enteritis and its relation
to emotional disorder.
Amer.J. of Gastroenterol. 54: 378 - 387 (1970)
28. COMBE, C. A singular case of stricture and thickening
SAUNDERS, W. : of the ileum.
Medical Transactions; Published by the
College of Physicians in London, Vol. 4:
Report III 1813: 16 - 21
29. COUCHMAN, K.G. The distribution of the systemic connective
WIGLEY, R.D. : tissue diseases, ulcerative colitis and Crohn's
disease in New Zealand: An Analysins of hospital
admission statistics.
N.Z. med. J. 74: 231 - 233 (1971)
30. CROCKET, R.W.: Psychiatric findings in Crohn's disease.
Lancet 1: 946 - 949 (1952)
31. CROHN, B.B. Regional ileitis; A pathologic and clinical
GINZBURG, L. entity.
OPPENHEIMER, G.D.: J. Amer. Med. Ass. 99 : 1323 (1932)
32. CROHN, B.B.: The broadening conception of regional ileitis.
Am. J.Dig. Dis. 1: 97 - 99 (1934)
33. CROHN, B.B. Reflections on regional ileitis, twenty
JANOWITZ, H.D.: years later.
J. Amer. Med. Ass. 156 : 1221 - 1225 (1954)
34. CROHN, B.B. Regional enteritis complicating
YARNIS, H. pregnancy.
KORELITZ, B.: Gastroenterology 31 : 615 (1956)
35. CROHN, B.B.: Life Cycle of Regional Enteritis.
Gastroenterology 34 : 300 - 305 (1958)
36. CROHN, B.B. Regional ileitis.
YARNIS, H.: Grune & Stratton, Inc. New York (1958)
37. CUMMIS, A.J.: Small intestinal function in patients
with an Ileostomy.
Amer. J. Med. 16 : 237 - 245 (1954)
38. CUMMIS, A.J. Studies on the relationship between
ALMY, T.P.: motility and absorption in the human
small intestine.
Gastroenterology 23: 179 - 198 (1953)
39. DAVIS, R. Crohn's disease in transvaal blacks.
SCHMAMAN, A. S. Afr. Med. J. 49: 580 - 586 (1974)
COSMAN, B.:
40. DEMLING, L.: Klinische Gastroenterologie.
Stuttgart (1973)

41. DUDENEY, T.P.: Crohn's disease of the mouth.
Proc. R. Soc. Med. 62 : 1237 (1937)
42. ENGEL, G.L.: Primary atypical facial neuralgia an
hysterical conversion symptom.
Psychosom. Med. 13 : 375 - 396 (1951)
43. ENGEL, G.L. A study of an infant with a gastric
REICHSMAN, F. fistula; Behavior an grade of total
SEGAL, H.L. : hydrochloric acid secretion.
Psychosom. Med. 18 : 374 (1956)
44. ENGEL, G.L.: Biologic and psychologic feature of the
ulcerative patient.
Gastroenterology 40: 313 (1961)
45. ENGEL, G.L.: Ulcerative colitis. In: LINDNER, A.E.:
Emotional factors in gastrointestinal illness.
Amsterdam (1973)
46. EVANS, J.G. An epidemiological study of ulcerative colitis
ACHESON, E.D.: and regional enteritis in the Oxford area.
Gut 6: 311 - 324 (1965)
47. FAHRLÄNDER, H.: Clinical features and epidemiological
data on Crohn's disease in the Basle area.
Scand. J. Gastroenterology 6: 657 - 662 (1971)
48. FAHRLÄNDER, H. Die chronisch entzündlichen Darmkrankheiten.
et al: Ergeb. Inn. Med. Kinderheilkd. 42: 1 - 111 (1979)
49. FARMER, R.G.: Clinical patterns in Crohn's disease:
A statistical study of 615 cases.
Gastroenterology 68: 627 - 635 (1975)
50. FAWAZ, K.A. Ulcerative colitis and Crohn's disease of the
GLOTZER, D.J. colon - A comparison of the long term post-
GOLDMAN, H.: operative courses.
Gastroenterology 71: 372 - 378 (1976)
51. FELDMAN : Psychiatric study of a consecutive series
of 19 patients with Crohn's disease.
Brit. Med. J. 4: 711 - 714 (1967)
52. FELINE, A. Psychiatric aspects of Crohn's disease.
FERRAND, I.: Sem. Hop. Paris 55, n^O 11 - 12: 564 - 566 (1979)
53. FENICHEL, O.: Nature and classification of the so-called
psychosomatic phenomena.
In: The collected Papers of Otto Fenichel 2:
305 - 323
W.W. Norton, New York 1954.

54. FIOL, M. Simposio sobre "La enfermedad de Crohn en
OCHOA, R. et al.: galicia".
Revista espanola de las enfermedades del
aparato digestivo y de la nutricion 50:
469 - 482 (1977)
55. FLETSCHER, J. Tuberculin sensitivity in Crohn's disease.
HINTON, J.: Lancet II: 753 - 754 (1967)
56. FORD, C.V.: A psychiatric study of patients with regional
enteritis.
J.A.M.A. 208: 311 - 315 (1969)
57. FRANCHINI, A. Crohn's disease in Italy.
MORGANTI, J. The American Journal of Proctology 22:
BELLOMO, R.: 313 - 316 (1971)
58. FRIEDMAN, J.: Roentgen studies of effects on small intestine
from emotional disturbances.
Amer.J. Roentgen 72: 367 - 379 (1954)
59. FREUD, S.: Gesammelte Werke, Bd. I, S. 63
60. FREYBERGER, H.: Psychosomatische Therapie bei Colitis ulcerosa.
Med. Klin. 64: 969 (1969)
61. FREYBERGER, H.: Psychosomatische Aspekte bei Colitis ulcerosa.
In: Dünndarm-Dickdarm.
5. Bad Mergentheimer Stoffwechsel-Tagung.
Thieme, Stuttgart, 1970.
62. FREYBERGER, H.: Die Psychosomatik der Kranken mit Colitis
ulcerosa, M. Crohn und funktionellen Diarrhoen.
In: Jores, A.: Praktische Psychosomatik.
Stuttgart, 1976.
63. GILAT, T. et al.: Epidemiology of Crohn's disease and
ulcerative colitis: etiologic implications.
Isr. J. Med. Sci. 15 (4): 305 - 308 (1979)
64. GIRAUD, R.M.A. Crohn's disease in the transvaal bantu:
LUKE, J. a report of 5 cases.
SCHMAMAN, A.: S. Afr. Med. J. 43 : 610 - 613 (1969)
65. GITNICK, G.L. Electron microscopic studies of viral
ROSEN, V.J.: agents in Crohn's disease.
Lancet II: 217 - 219 (1976)
66. GJONE, E.: Crohn's disease in Norway.
Gut 7: 372 - 374 (1966)
67. GOLDBERG, D.: Psychiatric study of patients with
diseases of the small intestine.
Gut 11: 459 - 465 (1970)

68. GOLDBERG, H.I. Radiographic findings of the National
CARUTHERS, S.B. Cooperative Crohn's Disease Study.
NELSON, J.A. Gastroenterology 77 : 925 - 937 (1979)
SINGLETON, J.W.:
69. GORBACH, S.L.: Intestinal microflora in idiopathic
 inflammatory bowel disease.
 Implications for etiology and therapy.
In: Inflammatory bowel disease:
KIRSNER, J.B. , SHORTER, R.G.
Philadelphia, 1975: Lea and Febiger.
70. GRACE, W.J.: Life-stress and regional enteritis.
 Gastroenterology 23: 542 - 553 (1953)
71. GREEN, F.H. Y. The distribution of mucosal antibodies
FOX, H.: in the bowel of patients with Crohn's disease.
 Gut 16: 125 - 131 (1975)
72. GREENSTEIN, A.J. Reoperation and recurrence in Crohn's
SACHAR, D. B. colitis and ileocolitis. Crude and cumulative rates.
PASTERNAK, B.S. New. Engl. J.Med. 293: 685 - 690 (1975)
JANOWITZ, H.D.:
73. GRUNBERGER, B.: Vom Narzißmus zum Objekt.
 In: Mitscherlich, A.: Literatur der
 Psychoanalyse.
 Frankfurt, 1976.
 Suhrkamp.
74. GÜLZOW, M.: Gastroenterologie.
 Stuttgart 1974.
75. HAFTER, E. Paneldiskussion:
 Die regionale Colitis Crohn in der Schweiz.
 Schweiz. med. Wschr. 101: 34 - 35 (1971)
76. HAMMER, B. Disease associated with ulcerative colitis
ASHURST, P. and Crohn's disease.
NAISH, J.: Gut 9: 17 - 21 (1968)
77. HARTMANN, G.: Über die Ileitis terminalis.
 Acta neurovegetativa 1: 171 - 206 (1950)
78. HAVIA, T. Crohn's disease. A follow up study.
THOMASSON, B.: Acta Chir. Scand. 138: 844 - 847 (1972)
79. HEATLEY, R.V. A search for a transmissible agent in
BOLTON, P.M. Crohn's disease.
OWEN, E.: Gut 16: 528 - 532 (1975)
80. HEIMANN, P.: Bemerkungen zur analen Phase.
 Psyche 7 (1962)

81. HELLERS, G. : Crohn's disease in Stockholm county
1955 - 1974. A study of epidemiology,
results of surgical treatments and long-term
prognosis.
Acta. Chir. Scand. (Suppl.) 490: 1 - 84 (1979)
82. HELM, J.D. Changes in motility of the human
KRAMER, P. small intestine during sleep.
MACDONALD, R.M. Gastroenterology 10: 135 - 137 (1948)
INGELFINGER, F.J.:
83. HINES, L.E. Peristalsis in a loop of small intestine.
MEAD, H.C.A.: Arch. Intern. Med. 38: 536 - 543 (1926)
84. HOJ, L. An epidemiological study of regional enteritis
and acute ileitis in Copenhagen county.
BRIX JENSEN, P. Scand. J. Gastroenterol. 8: 381 - 384 (1973)
BONNEVIE, O.:
85. HOMANNS, J. Regional enteritis: clinical, not pathological
entity.
HASS, G.M.: New Engl. J. Med. 209: 1315 (1933)
86. HORNBOSTEL, H.: Innere Medizin in Praxis und Klinik, Vol. IV.
Stuttgart, 1973.
87. HUMPHREYS, W.G.: An epidemiological survey of Crohn's disease
in Northern Ireland.
Proc. R. Soc. Med. 68: (a): 572 - 574 (1975)
88. INGELFINGER, F.J. Intubation studies of the human small intestine
ABBOTT, W.O.: XX. The diagnostic significance of motor distur-
bances.
Amer. J. Dig. Dis. 7: 468 - 474 (1940)
89. JOST, R.: Ist die Ileitis terminalis eine psycho-
somatische Krankheit? (Kasuistik im Rahmen
einer Nachuntersuchung).
Dissertation, Mainz 1968.
90. KAPLAN, M.
COHEN, S.
GOTTLIEB, L. The liver in regional enteritis.
PATTERSON, J.: Gastroenterology 56: 1215 (1969)
91. KARUSH, A.
DANIELS, G.E. The response to psychotherapy in chronic
O'CONNORS, J.F. ulcerative colitis.
STERN, L.O.: Psychosom. Med. 30: 255 (1968)
92. KEIGHLEY, J.K.: The demographic and social characteristics
of patients with Crohn's disease in the
Nottingham area.
Scand. J. Gastroenterol. 11 (3): 293 - 296 (1976)

93. KEVIN, P. *Investigations of pathogenic mechanisms
BARRETT, J. in regional enteritis with in vitro lympho-
WILSON, J.D.: cyte cultures.
Gastroenterology* 61: 431 - 439 (1971).

94. KIRSNER , J.B.: *Family occurrence of ulcerative colitis,
regional enteritis and ileocolitis.
Ann. Intern. Med.* 59: 133 - 144 (1963)

95. KIRSNER, J.B.: *Inflammatory bowel disease. Considerations
of etiology and pathogenesis.
The American Journal of Gastroenterology* 69:
253 - 271 (1978)

96. KLEIN, M. *Treatment of Crohn's disease with azathioprine:
BINDER , H.J. A controlled evaluation.
et al: Gastroenterology* 66: 916 - 922 (1974)

97. KORELITZ, B.: *From Crohn to Crohn's Disease:
1979 an epidemiologic study in New York City.
MT. Sinai J. Med. (NY)* 46 (6): 533 - 540 (1979)

98. KRAFT, I.A.: *A psychiatric study of children with diagnosis
of regional ileitis.
Southern Med. J.* 57: 799 - 802 (1964)

99. KRAUSE, U .: *Epidemiology in Sweden.
In: Regional enteritis S. 142.
Skandia International Symposia* (1971)

100. KRENNMAYR, E. *Enteritis regionalis im Kindesalter.
Wien. Med. Wschr.* 115: 546 - 551 (1965)

101. KYLE, J. *Factors in the aetiology of regional
BELL, T. enteritis.
PORTENS, I. Bull. soc. int. Chir.* 22: 575 - 584 (1963)
BLAIV, D.:

102. KYLE, J.: *Epidemiology of regional enteritis in
North-East Scotland.
Brit. J. Surg.* 52: 215 - 217. (1965)

103. KYLE, J.: *An epidemiological study of Crohn's disease
in North-East-Scotland.
Gastroenterology* 61: 826 - 833 (1971)

104. LANFRANCHI, G.A. *Uno studio epidemiologico sulle malattie
MICHELINI, M. infiammatorie intestinali nella provincia
et al.: di Bologna.
Giornale di clinica medica* 57: 235 - 245 (1976)

105. LEE, S.-K.: *Crohn's disease in singapore.
Med. J. Aust.* 1: 266 - 269 (1974)

106. LENNARD-JONES, J.E.:
Medical aspects of Crohn's disease.
Proc. Roy. Soc. Med. 61: 81 (1968)
107. LEWISOHN, R.: Surg. Gynec. Obstet. 66: 215 (1938)
108. MAHLER, M.S. The psychological birth of the human infant.
PINE, F. Hutchinson, London (1975)
BERGMAN, A.:
109. MANKIEWICZ, E.: The relationship of sarcoidosis to
anonymus bacteria.
Acta Med. Scand. 176: 68 - 73
Suppl. 425 (1964)
110. MARSHAK, R.H. Roentgen features of Crohn's disease.
LINDNER, A.E.: Clin. Gastroenterol. 1: 411 - 432 (1972)
111. MARTIN, I.: Observations on small intestinal hypo-
motility and states of hypertonicity
arising from functional bases.
Am. J. Med. 8: 196 (1950)
112. MAYBERRY, J.F.: Familial prevalence of inflammatory
bowel disease in relatives of patients
with Crohn's disease.
Brit. Med. J. 280 (6207): 84 (1980)
113. McCONNELL, R.B.: Genetic factors in Crohn's disease.
In: Regional enteritis.
Skandia international Symposia
Stockholm (1971)
114. Mc KEGNEY, F.P.: A psychosomatic comparison of patients
with ulcerative colitis and Crohn's
disease.
Psychosom. Med. 32: 153 - 166 (1970)
115. McMAHON, A.W. Personality differences between inflammatory
SCHMITT, T.H. bowel disease patients and their healthy
PATTERSON, J.F. siblings.
ROTHMANN, E.: Psychosom. Med. 35: 2 (1973)
116. MEKHJIAN, H.S.
SWITZ, D.M.
WATTS, H.D. National Cooperative Crohn's Disease Study:
DEREN, J.J. Factors determining recurrence of Crohn's
KATON, R.M. disease after surgery.
BEMAN, F.M.: Gastroenterology 77: 907 - 913 (1979)
117. MERSEREAU, B.S.: Regional ileitis in depressed patients.
Amer. J. Psychiat. 119: 1099 - 1100 (1963)

118. MILLER, R.C.: Regional enteritis in early infancy.
Amer. J. Dis. Child. 122: 301 - 311 (1971)
119. MONK, M.
MENDELOFF, A.: An epidemiological study of ulcerative
colitis and regional enteritis among
adults in Baltimore. I. Hospital incidence
and prevalence.
Gastroenterology 53: 198 - 210 (1967)
120. MONK, M.: An epidemiological study of ulcerative
colitis and regional enteritis among
adults in Baltimore. II. Social and
demographic factors.
Gastroenterology 56: 847 - 857 (1969)
121. MONK, M.: An epidemiological study of ulcerative
colitis and regional enteritis among
adults in Baltimore. III. Psychological
and possible stress-precipitating factors.
J. chron. Dis. 22: 565 - 578 (1970)
122. MORGANROTH, J.
WATSON, D.W.: Sensitivity to atypical mycobacterial
antigens in patients with Crohn's disease.
Am. J. Dig. Dis. 15: 653 - 657 (1970)
123. MORSON, B.C.
LOCKHART-MUMMERY, H.E.: Anal lesions in Crohn's disease.
Lancet i.i.: 1122 - 1123 (1959)
124. MORSON, B.C.
DAWSON, J.M.P.: Gastrointestinal pathology.
Oxford, London, Edinburgh, Melbourne,
Blackwell (1972)
125. MORSON, B.C.: Pathology of the gastro-intestinal tract.
Berlin 1976, 278 ff.
126. MOSELEY, J.E.
MARSHAK, R.H.
WOLF, B.S.: Regional enteritis in children.
Amer. J. Roentgenol. 84: 532 - 539 (1960)
127. MOSLEY, E.
ROGERS, N.
SCOTT, V.
et al.: Crohn's disease in black patients.
Journal of the National Medical Association
69: 219 - 222 (1977)
128. MYREN, J.: Epidemiology of ulcerative colitis and regional
enterocolitis (Crohn's disease) in Norway.
Scand. J. Gastroenterol. 6: 511 - 514 (1971)
129. NIEDERLE, B.
SEBEK, U.: Terminal ileitis in monozygotic twins.
Cas. Lek. Cesk. 99: 1038 (1960)

130. NOVIS, B.H.
MARKS, I.N.
BANK, S.
LOUW, J.H.: *Incidence of Crohn's disease at Groote Schuur Hospital during 1970 - 1974.*
S. Afr. Med. J. 49: 693 - 697 (1975).
131. OEHLERT, W.: *Klinische Pathologie des Magen-Darm-Traktes.*
Suttgart, New York; Schattauer 1978.
132. OTTO, H.F.
GEBBERS, J.O.
KÜGLER, S.: *"Miliärer" Morbus Crohn.*
Dtsch. Med. Wschr. 100: 505 - 507 (1975)
133. PARENT, K.
NILSON, I.D.: *Mycobacteriophage in Crohn's disease.*
Gut 12: 1019 - 1020 (1971)
134. PARFITT, H.L.: *Psychiatric aspects of regional enteritis.*
Canad. Med. Ass. J. 97: 807 - 811 (1967)
135. PAULLEY, J.W.: *Regional ileitis.*
Lancet *i* : 923 (1948)
136. PAULLEY, J.W.: *Chronic diarrhea.*
Proc. Roy. Soc. Med. 42: 241 - 244 (1949)
137. PAULLEY, J.W.: *Ulcerative colitis, 173 cases.*
Gastroenterology 16: 566 (1950)
138. PAULLEY, J.W.: *Crohn's disease.*
Lancet, *i.i*: 959 - 960 (1958)
139. PAULLEY, J.W.: *Stress and the gut.*
Brit. J. Clin. Pract. 13: 314 - 320 (1959)
140. PAULLEY, J.W.: *Crohn's disease. Treatment by corticosteroids, antibiotics and psychotherapie.*
Psychotherapy and Psychosomatics 19: 111 - 117 (1971)
141. PAULLEY, J.W.: *Cultural influence on the incidence and patterns of disease.*
Psychotherapy and Psychosomatics 26: 2 - 11 (1975)
142. PREEL, J.L.: *Familial Crohn's disease: a report of five cases.*
Arch. Fr. Mal. App. Dig. 63 (6): 485 - 493 (1974)
143. PRICE, W.H.: *A high incidence of chronic inflammatory bowel disease in patients with Turner's syndrome.*
Journal of Medical Genetics 16: 263 - 266 (1979)
144. RAHE, R.H.
MEYER, M.
SMITH, M.: *Social stress and illness onset.*
J. Psychosom. Res. 8: 35 - 44 (1964)

145. RAHE, R.H. A longitudinal study of life-change
 McKEAN, J.D. and illness patterns.
 ARTHUR, R.J.: J. Psychosom. Res. 10: 355 - 366 (1967)
146. RANGELL, L.: Die Konversion.
 In: OBERBECK, G. u. A.:
 Seelischer Konflikt - körperliches Leiden.
 Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik.
 Rowohlt, 1978.
147. RAPPAPORT, H. Pathology of Regional enteritis.
 BURGOGNE, F.H.: Milit. Surgeon 109: 463 - 502 (1951)
148. RATZLAFF, N. Regional enteritis in the American negro.
 JACOBS, W.H.: Amer. J. Gastroenterol. 53: 252 - 258 (1960)
149. REINDELL, A. Zur psychosomatischen Differenzierung zwischen
 FERNER, H. Colitis ulcerosa und Ileitis terminalis (M. Crohn).
 GMELIN, K.: Zeitschr. psychosom. Med. 27: 358 - 371 (1981)
150. RIEMER, M.D.: Ileitis - underlying aggressive conflicts.
 Preliminary report.
 New York J.Med. 60: 552 - 557 (1960)
151. RITCHIE, J.K.: Results of surgery for inflammatory bowel
 disease: A further survey of one hospital
 region.
 Br. med. J. 1974 I: 264 - 268 (1974)
152. RIOS-DALENZ, J. Diseases of the Colon and Rectum in Bolivia.
 SMITH, L.B. Am. J. Surg. 129: 661 - 664 (1975)
 THOMPSON, T.F.:
153. ROGERS, B.H.G. The epidemiologic and demographic characteristics
 CLARK, L.M. of inflammatory bowel disease: An analysis
 KIRSNER, J.B.: of a computerized file of 1 400 patients.
 J.Chron.Dis. 24: 743 - 773 (1971)
154. ROTH, H.P. Motility of the small intestine during
 FERRER, R.N. emotional reactions.
 PETTI, M.A. Am. Intern. Med. 38: 38 - 52 (1953)
 EVANS, M.W.:
155. ROZEN, P. et al: Crohn's disease in the Jewish population
 of Tel-Aviv-Yafo.
 Epidemiologic and clinical aspects.
 Gastroenterology 76 (1): 25 - 30 (1979)
156. SADLER, H.H. The complementary relationship between
 ORTEN, A.U.: the emotional state and the function of the
 ileum in a human subject.
 Amer. J. Psychiat. 124: 69 - 78 (1968)

157. SALEM, A.A. Inflammatory bowel disease.
BALLAS, Z.: The American Journal of Proctology 24: 209 - 213 (1973)
158. SAMUELS, A.D. An epidemiologic and demographic study
WEESE, J.L. of inflammatory bowel disease in black
BERMAN, P.M. patients.
KIRSNER, J.B.: Am. J. Dig. Dis. 19: 156 - 160 (1974)
159. SCHELLACK, D.: Neurosenpsychologische Faktoren in der
Ätiologie und Pathogenese des afebrilen Colitis
ulcerosa chronica.
Z. psychosom. Med. 1: 18 (1954/55)
160. SCHULTHEIS, K.-H.:
Psychosomatische Aspekte des Morbus Crohn.
In: von Uexküll, T.: Lehrbuch der Psychosomatischen
Medizin.
München, Wien, Baltimore; Urban & Schwarzenberg, (1979)
161. SHEFFIELD, B.F.: Crohn's disease: a psychosomatic illness?
Br. J. Psychiatry 128: 446 - 450 (1976)
162. SHERMAN, N.J. Regional enteritis in childhood.
SWANSON, V.: Journal of pediatric Surgery 7 (5): 585 - 589 (1972)
163. SHORTER, R.G. Inhibition of in vitro cytotoxicity of
SPENCER, R.J. lymphocytes from patients with ulcerative
HUIZENGA, K.A. colitis and granulomatous colitis for allogenic
HALLENBECK, G.A.: colonic epithelial cell using horse antihuman
thymus serum.
Gastroenterology 54: 227 (1968)
164. SHORTER, R.G. Inflammatory bowel disease. The role of
HUIZENGA, K.A. lymphotoxin in the cytotoxicity of lympho-
SPENCER, R.J. cytes for colonic epithelial cells.
GUY, S.K.: Am. J. Dig. Dis. 17: 689 - 696 (1972)
165. SHORTER, R.G. The immunology of chronic ulcerative
TOMASI, T.B. colitis and Crohn's disease.
HUIZENGA, K.A. New York Academy of Science:
SPENCER, R.J. Annals 278: 586 - 591 (1976)
STOBO, J.D.:
166. SINGER, H.C. Familial aspects of inflammatory bowel disease.
ANDERSON, J.G.D. Gastroenterology 61: 423 - 430 (1971)
et al:
167. SMITH, I.S. Epidemiological aspects of Crohn's disease
YOUNG, S. in Clydesdale. 1961 - 1970.
GILLESPIE, G. Gut 16: 62 (1975)
O'CONNOR, J.
BELL, J.R.:

168. SPERLING, M.: The psycho-analytic treatment of a case of chronic regional ileitis.
Int. J. Psychoanal. 41: 612 - 618 (1960)
169. STEWART, W.A.: Psychosomatic aspects of regional ileitis.
New York State Journal of Medicine 49: 2820 - 2824 (1949)
170. STRANDE, A. Regional enterocolitis in cockerspaniel dogs.
SOMMERS, S.C.: Arch. Path. 57: 357 (1954)
171. SUMMERS, R.W.
SWITZ, D.M.
SESSIONS, J.T.
BECKTEL, J.M.
BEST, W.R. National Cooperative Crohn's Disease Study:
KERN, F. Results of drug treatment.
SINGLETON, J.W.: Gastroenterology 77: 847 - 869 (1979)
172. TRESADERN, J.C. An epidemiological study of regional enteritis
GEAR, M.W. in the gloucester area.
NICOL, A.: Br. J. Surg. 60: 366 - 368 (1973)
173. VANDENBROUCKE, J.:
M. Crohn. In: Demling,
Klinische Gastroenterologie.
Stuttgart, 1973.
174. VAN PATER, W.
BARGEN, J.
DOCKERTY, M.
FELDMAN, W. Regional enteritis.
MAYO, C. Gastroenterology 26: 347 - 350 (1954)
WANGH, J.:
175. VERRIER JONES, J. Development of delayed hypersensitivity
HONSLEY, J. to dinitrochlorobenzene in patients with
ASHURST, P.M. Crohn's disease.
et al. Gut 10: 52 - 56 (1969)
176. VONTOBEL: Sozialkulturelle Determinanten der Leistungsmotivation.
S. 266 (1968)
177. von UEXKÜLL, T.: Grundfragen der psychosomatischen Medizin.
Hamburg
Rowohlt, 1963.
178. WEEKS, D.N.: Observations of small and large
bowel motility in man.
Gastroenterology 6: 185 (1946)

179. WHORWELL, P.J. et al.: Crohn's disease in a husband and wife.
Lancet II (8089): 538 (1978)
180. WHYBROW, P.C.: Regional ileitis and psychiatric disorder.
Psychosom. Med. 30: 209 - 221 (1968)
181. WHYBROW, P.C.: Psychic factors and Crohn's disease.
An overview. In: Lindner, A.E.:
Emotional factors in gastrointestinal illness.
Amsterdam, 1973.
182. WILLIAMS, W.: The laboratory diagnosis of Crohn's syndrome.
Proc. roy. Soc. Med. 56: 490 - 496 (1963)
183. WINBLAD, S.
NILEHN, B.
STERNBY, N.: *Yersinia enterocolitica* (Pasteurella X)
in human enteric infections.
Lancet 1966 II: 1363 - 1366 (1966)
184. WOLF, H.B.: Das Krankheitsbild der Enteritis regionalis
(Crohn) im Kindesalter.
Österr. Z. Kinderheilk. 1: 295 - 325 (1955/56)
185. WOLF, H.G.: Verlauf und Behandlung der Enteritis regionalis
(Crohn) im Kindesalter.
Neue Oest. Z. Kinderheilk. 4: 323 - 339 (1959)
186. WOLF, S.
WOLFF, H.G.: Human gastric function.
Oxford Univers. Press., New York 1944
187. WOLF, S.T.: The central nervous system regulation of the
colon.
Gastroenterology 51: 810 (1966)
188. WOLFF, H.G.: Man's nervous system and disease.
A.M.A. Arch. Neurol. 5: 235 - 243 (1961).

